

COMMUNITY HEALTH CHOICE (HMO D-SNP)
SEGMENTO 002-001

2025
EVIDENCIA DE
COBERTURA

**Para los condados de Austin, Matagorda,
Waller y Wharton**

CommunityHealthChoice.org/Medicare
833-276-8306 o 713-295-5007 (TTY 711)

**Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y
del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm**

1 de enero – 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001

Este documento le brinda información detallada sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para miembros. al 1-833-276-8306 . (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m . Esta llamada es gratuita.

Este plan, Community Health Choice (HMO D-SNP) , es ofrecido por Community Health Choice Texas, Inc. (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Community Health Choice Texas, Inc. (Community). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Community Health Choice (HMO D-SNP)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Community Health Choice Texas, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como: intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima de su plan y el costo compartido;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados ;
- Cómo presentar una reclamación si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

H9826_BD_10520_090624_C

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vencimiento: 31 de agosto de 2026)

Evidencia de cobertura 2025

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: <i>Cómo empezar como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá	9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Community Health Choice (HMO D-SNP)	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	14
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan	15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	15
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	17
SECCIÓN 1 Contactos de Community Health Choice (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para miembros)	18
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	21
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	22
SECCIÓN 4 Organización de la mejora de la calidad	23
SECCIÓN 5 Seguridad Social	24
SECCIÓN 6 Medicaid	25
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	27
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación del Ferrocarril	31
CAPÍTULO 3: <i>Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos</i>	33
SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	34
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para obtener su atención médica	35
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre	40
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios?	42
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	43
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución de salud religiosa no médica	44

Tabla de contenido

SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos	45
CAPÍTULO 4:	<i>Cuadro de beneficios médicos (qué cubre)</i>	48
SECCIÓN 1	Entendimiento de los servicios cubiertos	49
SECCIÓN 2	Utilice el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para saber qué está cubierto	49
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Community Health Choice (HMO D-SNP)?	83
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por Medicare?	85
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D</i>	88
SECCIÓN 1	Introducción	89
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	90
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	92
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	94
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría?	95
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	97
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no están</i> cubiertos por el plan?	100
SECCIÓN 8	Cómo llenar una receta médica	101
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	101
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos	102
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>	105
SECCIÓN 1	Introducción	106
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago en la que se encuentre cuando recibe el medicamento	108
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	108
SECCIÓN 4	No hay deducible para Community Health Choice (HMO D-SNP)	110
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	110
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	113
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga	113

CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	116
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos	117
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que ha recibido	119
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no	120
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>	121
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	122
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	128
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	130
SECCIÓN 1 Introducción	131
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	132
SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿qué proceso debería utilizar?	132
SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare	133
SECCIÓN 5 Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones	134
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	137
SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	145
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto	153
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto	158
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	161
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	164
SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid	168
CAPÍTULO 10: <i>Finalización de su membresía en el plan</i>	169
SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	170
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	170

Tabla de contenido

SECCIÓN 3	¿Cómo puedo finalizar mi membresía en nuestro plan?	173
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	174
SECCIÓN 5	Community Health Choice (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	175
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	177
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	178
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	178
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare	178
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	180

CAPÍTULO 1:

Cómo empezar como miembro

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Community Health Choice (HMO D-SNP) , que es un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales)
--------------------	--

Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de determinadas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Ha elegido recibir su cobertura de atención médica de Medicare y de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Community Health Choice (HMO D-SNP) . Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a proveedores en este plan difieren de los de Medicare Original.

Community Health Choice (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un plan de necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Community Health Choice (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid con los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le brinda otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica que normalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Community Health Choice (HMO D-SNP) lo ayudará a administrar todos estos beneficios para que obtenga los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

Community Health Choice (HMO D-SNP) está a cargo de una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Texas para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados .

La cobertura bajo este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

Atención Médica Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento de Evidencia de Cobertura ?

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le indica cómo obtener atención médica y medicamentos recetados de Medicare. Explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, cuánto paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos, y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP) .

Es importante que conozca las reglas del plan y los servicios que tiene a su disposición. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar este documento de *Evidencia de cobertura* .

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Community Health Choice (HMO D-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas* .

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Community Health Choice (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Community Health Choice (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Community Health Choice (HMO D-SNP) cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año siempre que elijamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad
--

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:

- Tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- -- y -- Vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente ubicadas en ella.
- -- y -- usted es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos
- -- y -- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Tenga en cuenta: si pierde su elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de 6 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua considerada).

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos y de atención a largo plazo de determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera ingreso y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa siempre que cumplan con las pautas federales.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos).

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

(Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).

- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado con beneficios completos de Medicaid (SLMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Sección 2.3 Aquí se encuentra el área de servicio del plan Community Health Choice (HMO D-SNP)

Community Health Choice (HMO D-SNP) está disponible únicamente para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Austin, Matagorda, Waller, Wharton .

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Community Health Choice (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Community Health Choice (HMO D-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que adquiera en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Aquí hay una tarjeta de miembro de muestra para que vea cómo lucirá la suya:

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* incluye a nuestros proveedores actuales de la red y a los proveedores de equipos médicos duraderos. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe utilizar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Community Health Choice (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/medicare.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al Departamento de Servicios para miembros. Las solicitudes de copias impresas del *Directorio de proveedores* se le enviarán por correo dentro de los tres días hábiles siguientes.

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* incluye las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias* , puede obtener una copia en el Departamento de Servicios para miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/medicare .

Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* . La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Community Health Choice (HMO D-SNP) . Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Community Health Choice (HMO D-SNP) .

La Lista de medicamentos también le indica si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.communityhealthchoice.org/medicare) o llamar a Servicios para miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Community Health Choice (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Parte D Multa por inscripción tardía (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima de plan mensual separada para Community Health Choice (HMO D-SNP) .

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare.**

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Parte D Multa por inscripción tardía

Debido a que usted es doblemente elegible, la LEP no se aplica a usted mientras mantenga su estado de doble elegibilidad, pero si pierde su estado de doble elegibilidad, puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más seguidos en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

No tendrás que pagarlo si:

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos válida a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA). Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es válida. Esta información puede enviarse por carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

- **Nota:** Los siguientes *no son* coberturas acreditables para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que demoró la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de haber cumplido los requisitos para inscribirse. O cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo una cobertura válida para medicamentos recetados, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo una cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2025, este monto de prima promedio es de \$36,78 .
- Para calcular su multa mensual, Multiplica el porcentaje de la penalización por la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % multiplicado por \$36,78 , lo que equivale a \$ 5,1492 . Esto se redondea a \$5,10 . Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para alguien con una penalización por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para ingresar a Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro**Sección 4.4 Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos**

Es posible que a algunos miembros se les solicite que paguen un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto es superior a una cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será esa cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague habitualmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga la cantidad adicional, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si usted Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por los medicamentos recetados que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7, se brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	¿Podemos cambiar la prima de su plan mensual durante el año?
--------------------	---

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si cumple los requisitos para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para recibir “Ayuda adicional” durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si pierde la “Ayuda Adicional”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura de su plan específico.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted** . Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmanos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la de compensación laboral o la de Medicaid)
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un hogar de ancianos

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su responsable designado (por ejemplo, un cuidador) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando al Servicio de Atención al Miembro.

También es importante que se comuniquen con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios** .

Una vez al año, le enviaremos una carta que incluya cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está incluida, llame a Servicios para miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal del empleador), Medicare establece reglas que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado pagador secundario, solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura de planes de salud grupales de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 100 empleados.

- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una enfermedad renal crónica terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios del pulmón negro
- Compensación de trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare y/o los planes de salud grupales de los empleadores hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Community Health Choice (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para miembros)

Cómo comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan

Si necesita ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP) . Estaremos encantados de ayudarlo.

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
LLAMAR	1-833-276-8306 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00 horas, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas . El Servicio de Atención al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00 horas, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas .
FAX	1-713-295-7041
ESCRIBIR	Elección de salud comunitaria (HMO D-SNP) Apartado Postal 301413 Houston, Texas 77230-9920 MemberServices@communityhealthchoice.org
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/medicare

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAMAR	1-833-276-8306 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00 horas, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas .
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00 horas, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas .
FAX	1-713-295-7033
ESCRIBIR	Apelaciones y quejas 4888 Loop Central, Suite 600 Houston, Texas 77081
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/medicare

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas sobre cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre atención médica – Información de contacto
LLAMAR	1-833-276-8306 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00 horas, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas .
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00 horas, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas .
FAX	1-713-295-7036
ESCRIBIR	Departamento de Mejora del Servicio 4888 Loop Central, Suite 600 Houston, Texas 77081
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Community Health Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para obtener más información.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAMAR	1-833-276-8306 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00 horas, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas .
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m .
ESCRIBIR	Solicitud de pago de reclamaciones Apartado de correos 301404 Houston, Texas 77230-1404
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/medicare

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, entre las que nos incluimos a nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAMAR	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
Teléfono de texto	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="418 310 673 342"><u>www.Medicare.gov</u></p> <p data-bbox="418 363 1417 573">Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales relacionados con Medicare. También incluye información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="418 594 1417 699">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad de Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="467 720 1417 1014" style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de planes de Medicare: ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan una <i>estimación</i> de los costos de bolsillo que podría pagar en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="418 1035 1417 1098">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Community Health Choice (HMO D-SNP) :</p> <ul data-bbox="467 1119 1417 1329" style="list-style-type: none">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Community Health Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite <u>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</u> . Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p data-bbox="418 1350 1417 1600">Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores puede ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP).

HICAP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

de HICAP pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de HICAP también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL BARCO Y OTROS RECURSOS:

- Visita <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en **LOCALIZADOR DE BARCOS en el medio de la página**)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud de Texas (HICAP) : información de contacto
LLAMAR	1-800-252-9240
Teléfono de texto	711
ESCRIBIR	Programa de asesoramiento y defensa de la información sanitaria (HICAP) Apartado Postal 149104 Austin, Texas 7814-9030
SITIO WEB	http://tdi.texas.gov/consumer/hicap/index.html

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**SECCIÓN 4 Organización de la mejora de la calidad**

En cada estado existe una Organización de Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización de Mejora de la Calidad se llama Acentra Health .

Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para que supervisen y ayuden a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital termina demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica domiciliaria, de su atención en un centro de enfermería especializada o de sus servicios en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) están terminando demasiado pronto.

Método	Acentra Health (Organización de mejora de la calidad de Texas): información de contacto
LLAMAR	1-888-315-0636 Días laborables: 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central Fines de semana y días festivos: 10:00 a. m. a 4:00 p. m., hora central
Teléfono de texto	711
ESCRIBIR	5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, Florida 33609
SITIO WEB	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguridad Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y gestionar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o enfermedad renal terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social que le informa que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguridad Social – Información de contacto
LLAMAR	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
Teléfono de texto	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado con beneficios completos de Medicaid (SLMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas .

Método	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas - Información del contacto
LLAMAR	1-800-252-8263 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central .
Teléfono de texto	711
ESCRIBIR	Apartado Postal 149024 Austin, Texas 78714-9024
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/

La Oficina del Defensor del Pueblo de Salud y Servicios Humanos de Texas ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja o apelación ante nuestro plan.

Método	<u>Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas</u> : información de contacto
LLAMAR	1-877-787-8999 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central .
Teléfono de texto	711
ESCRIBIR	Oficina del Defensor del Pueblo del HHS Apartado Postal 13247 Austin, Texas 78711-3247
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/your-rights/hhs-office-ombudsman

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

La Oficina del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo del Estado ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

Método	Oficina del Defensor del Pueblo para Cuidados a Largo Plazo del Estado : Información de contacto
LLAMAR	1-800-252-2412 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora central .
Teléfono de texto	711
ESCRIBIR	Oficina del Defensor del Pueblo para Cuidados a Largo Plazo del Estado Apartado Postal 149030 Austin, Texas 78714-9030 ltc.ombudsman@hhs.texas.gov
SITIO WEB	https://apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) brinda información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas que pueden ayudar, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda adicional”.

Si tiene preguntas sobre “Ayuda adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 ; o
- Su oficina estatal de Medicaid (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Si cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que usted solicite ayuda para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionárnosla.

- Los miembros pueden comunicarse con nuestro Servicio de Atención al Miembro al 1-833-276-8306 para solicitar ayuda para obtener **la Mejor Evidencia Disponible (BAE)** y para proporcionar esta evidencia.
 - Cuando se comunique con nosotros, verificaremos si existe una discrepancia y/o si podemos resolver la discrepancia con respecto a su ayuda adicional en función de la información a la que tengamos acceso. En algunos casos, es posible que debamos solicitarle que proporcione documentación si la tiene disponible. Si no tiene documentación disponible, intentaremos verificar el estado de su ayuda adicional a través de los canales de comunicación y de acuerdo con las pautas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
 - Los documentos que se enumeran a continuación son válidos para establecer el nivel correcto de ayuda adicional y la fecha de vigencia para las personas que deben considerarse elegibles para **el Subsidio por Bajos Ingresos (LIS)**. Cada elemento que se enumera a continuación debe demostrar que la persona era elegible para Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad.
 - Si la copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario no indica una fecha de vigencia, no se aceptará como una forma de BAE.
 - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo de Medicaid.
 - Una impresión del archivo de inscripción electrónica del estado que muestra el estado de Medicaid.
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestra el estado de Medicaid.
 - otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre el estatus de Medicaid.
 - Una carta del SSA que demuestre que la persona recibe SSI; o
 - Una solicitud presentada por un beneficiario considerado elegible que confirma que el beneficiario es “... automáticamente elegible para recibir ayuda adicional...”
 - Los patrocinadores de la Parte D deben aceptar cualquiera de las siguientes formas de evidencia del beneficiario o del farmacéutico, defensor, representante, miembro de la familia u otra persona del beneficiario que actúe en nombre del beneficiario para establecer que un beneficiario está institucionalizado o, a partir de una fecha especificada por el Secretario, pero no antes del 1 de enero de 2012,

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

es una persona que recibe **Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)** y califica para compartir costos cero:

- Una remesa del centro que muestra el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre del individuo al centro por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior;
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del Estado que muestre el estado institucional de esa persona basándose en al menos una estadía de un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Con vigencia a partir de una fecha especificada por el Secretario, pero no antes del 1 de enero de 2012, una copia de:
- Un Aviso de Acción, Aviso de Determinación o Aviso de Inscripción emitido por el Estado que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad de HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Un plan de servicio HCBS aprobado por el estado que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia que comienza durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia a partir de un mes después de junio del año calendario anterior.
 - Otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre el estado de elegibilidad de HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior; o,
 - Un documento emitido por el estado, como un aviso de remesa, que confirma el pago de HCBS, incluido el nombre del beneficiario y las fechas de los HCBS del año calendario anterior.
- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga de más su copago, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su pago en exceso o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lo tiene registrado como una deuda suya, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente si tiene preguntas.]

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar medicamentos recetados, primas de planes de medicamentos y otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si recibe ayuda adicional y cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas que son elegibles para ADAP y viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que les pueden salvar la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para recibir asistencia para compartir los costos de los medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP, por sus siglas en inglés) .

Nota: Para ser elegible para el programa ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de plan , notifique a su trabajador de inscripción local del ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090 .

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad económica, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de Texas THMP .

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa de asistencia farmacéutica estatal (SPAP) de Texas THMP - Información del contacto
LLAMAR	1-800-255-1090 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central.
Teléfono de texto	711
ESCRIBIR	Programa THMP de TX ATENCIÓN: MSJA CM: 1873 Apartado Postal 149347 Austin, Texas 78714-9347 vihstd@dshs.texas.gov
SITIO WEB	https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año.** (Enero – Diciembre) . **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto
LLAMAR	<p>1-833-463-0683</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana .</p> <p>El Servicio de Atención al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
Teléfono de texto	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana .</p>
ESCRIBIR	<p>Capital Rx</p> <p>Elección de salud comunitaria (HMO D-SNP)</p> <p>9450 SW Gemini Dr., Suite 87234</p> <p>Beaverton, Oregón 97008-7105</p> <p>M3P-Elecciones@cap-rx.com</p>
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/medicare

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación del Ferrocarril

La Junta de Jubilación de Ferrocarriles es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Ferrocarriles, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Ferrocarriles, comuníquese con la agencia.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Junta de Jubilación del Ferrocarril – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles.</p> <p>Si presiona “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.</p>
Teléfono de texto	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no son</i> gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>rrb.gov/</p>

CAPÍTULO 3:

*Cómo utilizar el plan para sus
servicios médicos*

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener cobertura para su atención médica. Se brindan definiciones de términos y se explican las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica que cubre el plan.

Para conocer los detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan, utilice el cuadro de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto*).

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los servicios cubiertos?

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos dispuesto que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos para atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por el plan
--

Como plan de salud de Medicare, Community Health Choice (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original.

Community Health Choice (HMO D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que usted recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria** . Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Capítulo 3 Uso del plan para su cobertura médica servicios

- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Esto se denomina derivación. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren derivaciones de su médico de cabecera para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su médico de cabecera (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención médica de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que deberá pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *A continuación se indican tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para ver qué significan los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se requiere autorización previa. En esta situación, cubriremos estos servicios como si los recibiera de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente. El costo compartido que paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido por la diálisis puede ser más alto.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1 Usted debe Elija un proveedor de atención primaria (PCP) para brindar y supervisar su atención
--

¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?

- ¿Qué es un PCP?
 - Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico de la red que usted selecciona para brindar y coordinar los servicios cubiertos. Son profesionales médicos autorizados que administran su atención médica a lo largo del tiempo. Los PCP suelen ser su primer punto de contacto ante un problema de salud.
- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?
 - Los médicos de atención primaria son generalmente médicos especializados en medicina interna, medicina familiar o medicina general. Puede seleccionar un médico de atención primaria de las siguientes categorías:
 - Médicos generales
 - Médicos de familia
 - Internistas
 - Geriatría
 - Asistentes médicos (PA) (bajo la supervisión de un médico autorizado)
 - Enfermero practicante (NP) (bajo la supervisión de un profesional autorizado)
 - Especialista (para miembros con necesidades médicas o conductuales especiales)
- ¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?
 - Su relación con su médico de atención primaria es importante porque su médico de atención primaria es responsable de la coordinación de su atención médica y también de las necesidades de atención médica de rutina. Es posible que desee pedirle ayuda a su médico de atención primaria para seleccionar un especialista de la red y hacer un seguimiento con su médico de atención primaria después de cualquier visita al especialista. Es importante que desarrolle y mantenga una relación con su médico de atención primaria.
- ¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones sobre la obtención de una autorización previa (PA)?
 - Su médico de atención primaria debe comunicarse con nosotros por teléfono, por vía electrónica o por escrito para solicitar la autorización correspondiente. Su

Capítulo 3 Uso del plan para su cobertura médica servicios

médico de atención primaria debe llamar al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro para solicitar una autorización previa.

¿Cómo elegir su médico de atención primaria?

Debe seleccionar un PCP del Directorio de proveedores al momento de su inscripción. Sin embargo, puede visitar a cualquier proveedor de la red que elija. Para obtener una copia del Directorio de proveedores más reciente o para obtener ayuda para seleccionar un PCP, llame a Servicios para miembros al 1-833-276-8306 o visite nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/medicare) para obtener la información más actualizada sobre nuestros proveedores de la red. Si no selecciona un PCP al momento de la inscripción, podemos elegir uno por usted. Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Consulte “Cambio de PCP” a continuación.

Cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted deba buscar un nuevo PCP. Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios para miembros. Si el PCP acepta miembros adicionales del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice HMO D-SNP que muestra este cambio.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin una remisión de su médico de atención primaria?
--------------------	--

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía siempre y cuando los obtenga de un proveedor de red.
- Servicios de emergencia de proveedores dentro de la red o fuera de la red.
- Servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia, que son servicios que requieren atención médica inmediata que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o no sea razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato . Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran servicios que se necesitan con urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Capítulo 3 Uso del plan para su cobertura médica servicios

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera .

Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. A continuación, se ofrecen algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinadas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Su médico o proveedor debe revisar los requisitos de Autorización previa que se encuentran en nuestro sitio web. Para evitar costos adicionales, tenga en cuenta que usted es responsable de confirmar con su médico o proveedor que se cumplen los requisitos de Autorización previa. Su médico o proveedor debe comunicarse con nosotros por teléfono, por vía electrónica o por escrito para solicitar la autorización correspondiente. El número de teléfono al que debe llamar para solicitar la autorización se encuentra en su Tarjeta de identificación de miembro.

Si los servicios cubiertos no están disponibles a través de médicos participantes o proveedores participantes, usted o su médico pueden solicitar autorización previa para los servicios cubiertos por un médico u otro proveedor fuera de la red contratada. Las solicitudes de autorización previa se procesarán dentro del tiempo apropiado para sus necesidades de salud o las circunstancias, pero sin exceder los catorce (14) días calendario. Usted y/o su médico o proveedor, en su nombre, tienen derecho a solicitar una decisión acelerada si la aplicación del plazo de procesamiento estándar podría poner en grave peligro su vida o salud, o su capacidad para recuperar la función máxima.

Si los servicios cubiertos se aprueban según lo descrito anteriormente, usted solo será responsable de cualquier copago, coaseguro u otros montos de bolsillo correspondientes que hubiera pagado si hubiera podido obtener los servicios de la red de proveedores participantes de Community. Si recibe una factura del proveedor no participante, comuníquese con Servicios para miembros al 1-833-276-8306 (TTY 711).

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

Es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

Capítulo 3 Uso del plan para su cobertura médica servicios

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo continúen.
- Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Organizaremos cualquier beneficio cubierto que sea médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con un costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se necesita autorización previa.
- Si descubre que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que se encargue de su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja por la calidad de la atención ante la QIO, una queja por la calidad de la atención ante el plan o ambas. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red
--------------------	---

Si los servicios cubiertos no están disponibles a través de médicos participantes o proveedores participantes, a pedido de su médico participante o proveedor participante y dentro del tiempo apropiado a las circunstancias, pero sin exceder los cinco (5) días hábiles, permitiremos una derivación a un médico o proveedor no participante y reembolsaremos completamente al médico o proveedor no participante a la tarifa usual y habitual o a una tarifa acordada.

Antes de denegar una solicitud de derivación a un proveedor no participante, preveremos que la solicitud sea revisada por un especialista del mismo tipo de especialidad o de uno similar al del proveedor no participante al que se solicita la derivación.

No todos los profesionales de la salud que brindan servicios en los hospitales participantes son proveedores participantes. Si los servicios son brindados por proveedores no participantes,

Capítulo 3 Uso del plan para su cobertura médica servicios

incluidos, entre otros, patólogos, anestesiólogos, radiólogos y médicos de salas de emergencia (médicos de instalaciones) en un hospital participante, pagaremos esos servicios a la tarifa habitual o a una tarifa acordada. Si recibe una factura del proveedor no participante, comuníquese con Servicios para miembros al número que figura en la parte posterior de este folleto.

La ley de Texas exige que, si los servicios cubiertos no están disponibles a través de los proveedores participantes como se describe anteriormente, usted solo sea responsable de cualquier copago correspondiente u otros montos de bolsillo que hubiera pagado si la red de la comunidad incluyera proveedores participantes de los cuales pudiera obtener servicios. Si recibe una factura del proveedor no participante, comuníquese con Servicios para miembros al número que aparece en la parte posterior de este folleto.

Es su responsabilidad verificar el estado de participación en la red de todos los proveedores antes de recibir cualquier servicio que no sea de emergencia. Debe verificar el estado de participación en la red, únicamente con nosotros, llamando al número de teléfono de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su Tarjeta de Identificación de Miembro o accediendo a nuestro sitio web, en www.communityhealthchoice.org/medicare.

No somos responsables de la exactitud o inexactitud de las declaraciones de participación en la red realizadas por cualquier PCP, médico de atención especializada, hospital u otro proveedor, ya sea contratado o no. En otras palabras, si el PCP, el médico de atención especializada u otro proveedor de la red recomienda que se reciban servicios de otra entidad, es su responsabilidad verificar el estado de participación en la red de esa entidad antes de recibir dichos servicios.

Los servicios fuera de la red se aprueban como médicamente necesarios cuando:

- Es una emergencia,
- Los servicios se necesitan con urgencia y los servicios dentro de la red no son realistas ni seguros.
- El servicio cubierto no está disponible a través de un proveedor dentro de la red,
- El servicio está disponible a través de un proveedor dentro de la red, pero la distancia o la cita son necesarias.
- La disponibilidad no satisface sus necesidades, o
- Necesita una segunda opinión de un mismo especialista o de uno similar con respecto a un servicio cubierto,
- tratamiento o procedimiento, y todos los proveedores accesibles dentro de la red están en la misma práctica
- o grupo médico

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención médica si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** se produce cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de su vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No *necesita* obtener primero la aprobación o una derivación de su médico de cabecera. No necesita utilizar un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red.
- **Lo antes posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia .** Necesita hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Comuníquese con nuestro Servicio de atención al cliente al 1-833-276-8306 (TTY 711). El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m .

¿Qué está cubierto si tienes una emergencia médica?

Puede recibir cobertura para recibir atención médica de emergencia cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto. Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudar a administrar y hacer un seguimiento de su atención.

Capítulo 3 Uso del plan para su cobertura médica servicios

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán cuándo su condición está estable y la emergencia médica ha terminado.

Una vez que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúa estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasaría si no fuera una emergencia médica?

A veces puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que acuda a un centro de atención de urgencias pensando que su salud corre un grave peligro y el médico le diga que, después de todo, no se trata de una emergencia médica. Si resulta que no se trata de una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud corre un grave peligro, cubriremos su atención.

no fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si la recibe de una de estas dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera un servicio de urgencia y usted sigue las reglas para obtener esta atención urgente (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios
--------------------	--

¿Cuáles son los servicios que se necesitan con urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Capítulo 3 Uso del plan para su cobertura médica servicios

Siempre debe intentar obtener los servicios que necesite con urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no son accesibles y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios que necesite con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Consulte su Directorio de proveedores para obtener una lista de los centros de atención de urgencia de la red.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Cómo recibir atención médica durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.communityhealthchoice.org/medicare para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre .

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si ha pagado más de lo que le corresponde por el costo compartido de su plan por servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Capítulo 3 Uso del plan para su cobertura médica servicios

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

Community Health Choice (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se detallan en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague después de haber alcanzado el límite de beneficios no se tiene en cuenta para el máximo de desembolso anual. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el máximo de desembolso anual de su plan). Puede llamar a Servicios para miembros cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo llevan a cabo. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos del estudio, y usted comprende y acepta plenamente lo que implica si participa en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no *necesita* informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su médico de cabecera. Los proveedores que le

Capítulo 3 Uso del plan para su cobertura médica servicios

brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no *necesitan* ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los cuales nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Si bien no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los afiliados a Medicare Advantage por Medicare Original, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no ha* aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio* .

Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?
--------------------	--

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluidos:

- Habitación y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuvieras en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes** :

- Por lo general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no participara* en un estudio.
- Elementos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su condición médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios que los patrocinadores de la investigación suelen proporcionar de forma gratuita a cualquier participante del ensayo.

Capítulo 3 Uso del plan para su cobertura médica servicios**¿Quieres saber más?**

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y estudios de investigación clínica)*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución de salud religiosa no médica

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?
--------------------	---

Una institución de atención médica no médica religiosa es un centro que brinda atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, brindaremos cobertura para la atención en una institución de atención médica no médica religiosa. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención médica no médicos).

Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa de atención médica no médica
--------------------	---

Para recibir atención de una institución de salud no médica religiosa, debe firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico que **no esté exceptuado**.

- **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- **exceptuado** es la atención o el tratamiento médico que usted recibe y que *no es voluntario* o *que es requerido* por la ley federal, estatal o local.

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de atención médica no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:

Capítulo 3 Uso del plan para su cobertura médica servicios

- Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
- – y – Debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en la instalación o su estadía no estará cubierta.

Tiene cobertura por una cantidad ilimitada de días en el hospital, siempre que su estadía cumpla con las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en Atención hospitalaria para pacientes internados en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Será usted propietario del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos conforme a nuestro plan?
--------------------	---

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es dueño de ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueñas del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP), por lo general no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados, sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME en Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a servicios para miembros para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Medicare Original para poder ser propietario del artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Capítulo 3 Uso del plan para su cobertura médica servicios

Ejemplo 2: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la titularidad mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 pagos nuevos consecutivos para adquirir el artículo una vez que se inscriba nuevamente en Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento**¿A qué beneficios de oxígeno tienes derecho?**

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Community Health Choice (HMO D-SNP) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona Community Health Choice (HMO D-SNP) o ya no necesita por razones médicas el equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Medicare Original?

Medicare original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, usted puede optar por permanecer en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Cuadro de beneficios médicos (qué cubre)

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

SECCIÓN 1 Comprensión de los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona Un cuadro de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP) . Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 No paga nada por los servicios cubiertos

Como recibe asistencia de Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de los planes para recibir atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de los planes para recibir atención).

Sección 1.2 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de desembolso personal. Usted no es responsable de pagar ningún costo de desembolso personal para el monto máximo de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, Existe un límite en el monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de desembolso personal (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es de \$9,150 .

Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguros por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de desembolso personal. Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D No se tienen en cuenta para el monto máximo de desembolso personal. Si alcanza el monto máximo de desembolso personal de \$9,150 , no tendrá que pagar ningún costo de desembolso personal durante el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen la prima de la Parte B por usted) .

SECCIÓN 2 Utilice el Cuadro de beneficios médicos para averiguar qué está cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos que aparece en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Community Health Choice (HMO D-SNP) . La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que se trate de una atención de emergencia o urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos con un asterisco.
- Si su plan de atención coordinada prevé la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otras cosas importantes que debes saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su costo compartido por los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo y servicios domiciliarios y comunitarios.
- Community Health Choice (HMO-DSNP) lo ayudará a administrar y coordinar sus beneficios de Medicare y Medicaid, incluidos, entre otros, las visitas al hospital y al médico, los medicamentos recetados y la atención a largo plazo. Nuestro equipo de coordinación de atención le brindará información y lo ayudará a comprender cómo funcionan juntos sus beneficios de Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas o necesita ayuda para administrar los beneficios de Medicare y Medicaid, comuníquese con nuestro Servicio para miembros y nuestro equipo de coordinación de atención lo ayudará con la coordinación de sus beneficios y se asegurará de que reciba la gama completa de servicios a los que tiene derecho bajo Medicare y Medicaid.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

- Para obtener una lista de los beneficios de Medicaid, consulte la sección Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en el Resumen de beneficios. Puede encontrar una copia del Resumen de beneficios de su plan en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/medicare, o llamar a Servicios para miembros para solicitar una copia.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare & You 2025*. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos por los que el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.


Usted no paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con enfermedades crónicas


- Si se le diagnostica una de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
 - Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes
 - Enfermedad hepática terminal
 - Enfermedad renal terminal (ERT)
 - Trastornos hematológicos graves
 - VIH/SIDA
 - Trastornos pulmonares crónicos

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

- Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes
- Trastornos neurológicos
- Ataque
- Para calificar para los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI), los miembros deben cumplir con los siguientes criterios:
 - Requisito de condición crónica: el miembro debe tener una o más de las condiciones crónicas enumeradas.
 - Evaluación de riesgos de salud (HRA): Para ser elegible para SSBCI, nuestro equipo de coordinación de atención debe realizar una evaluación para determinar las necesidades específicas del miembro relacionadas con su afección crónica. Esta evaluación evalúa cómo los beneficios complementarios pueden respaldar mejor la salud del miembro y mejorar su vida diaria.
 - Estado de inscripción: Los miembros deben estar inscritos activamente en nuestro plan Medicare Advantage y mantener un estado activo. Los beneficios de SSBCI se ofrecen como parte de los servicios adicionales de nuestro plan de salud y la elegibilidad depende de la inscripción continua.
- Consulte la fila *Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos* en el cuadro de beneficios médicos a continuación para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente a qué beneficios puede tener derecho.

 Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.




Cuadro de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p> Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene determinados factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico, enfermero especializado o enfermero clínico especialista.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● que dure 12 semanas o más; 	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare





Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • No asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se podrán administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o presenta regresión.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros profesionales (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Acupuntura (suplementaria) Cubrimos 24 visitas adicionales por año.</p>	\$0 copago
<p>Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija o de ala rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son</p>	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>para una situación de emergencia , se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	
<p> Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota : Su primera visita de bienestar anual No puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva <i>de Bienvenido a Medicare</i> . Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita <i>de Bienvenido a Medicare</i> para que le cubran las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p> Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Puede ser necesaria autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>



Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p> Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo de manera saludable.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia conductual intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada 5 años.
<p> Detección de cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
<p>Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. 	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
<p>Servicios quiroprácticos (complementarios) Cubrimos 24 visitas adicionales por año. Puede ser necesaria autorización previa.</p>	\$0 copago
<p> Detección del cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer 	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un


Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multidiaria para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y que tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	<p>pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para un tratamiento de radiación para un cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales previos a un trasplante de riñón.</p> <p>Además, cubrimos:</p> <p>Servicios dentales de rutina (complementarios)</p> <p>Los servicios de diagnóstico y prevención cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales: 1 cada 6 meses • Profilaxis (Limpieza): 1 cada 6 meses • Radiografías dentales: 1 cada año <p>Los servicios integrales cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prótesis removibles • Cirugía Oral/Maxilofacial (Extracciones) <p>Usted tiene un beneficio asignado de \$4,500 para todos los servicios dentales complementarios combinados cada año.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 copago</p>
<p> Detección de depresión</p> <p>Cubrimos una evaluación de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>
<p> Detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta evaluación (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>requisitos, como sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Usted puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que padecen de enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas provistas con dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas provistas con dichos zapatos). La cobertura incluye la prueba. • La capacitación en autogestión de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. <p>Puede ser necesaria una autorización previa. Los monitores y las tiras de glucosa están limitados a los fabricantes especificados por el plan.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Equipos médicos duraderos (EMD) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 así como el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros : sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>


Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos que sean necesarios y estén cubiertos por Medicare original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede encargarlo especialmente para usted.</p> <p>Se puede requerir autorización previa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos que superen los \$500 (compra o alquiler) • Suministros para diabéticos u otros que excedan la cantidad necesaria para 30 días • Implantes cocleares, máquinas CPAP, máquinas CPM • Aparatos ortopédicos personalizados, cascos de moldeado craneal, sillas de ruedas personalizadas o motorizadas • Nutrientes enlatados 	
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionado por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesario para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o Pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia sólo está cubierta dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su condición de emergencia se haya estabilizado. Debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta .</p>
<p>Servicios de apoyo a domicilio (complementarios)</p> <p>Papa ofrece servicios de asistencia a domicilio. Los miembros tienen hasta 48 horas por año para recibir los servicios cubiertos.</p>	<p>\$0 copago</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>Papa ofrece servicios de apoyo a domicilio con tareas cotidianas para los miembros proporcionadas por Papa Pals.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de compañía: Los servicios de compañía incluyen pasar tiempo de calidad, jugar juegos de mesa, compartir recuerdos, disfrutar de una comida, salir a caminar y participar en una excelente conversación.</p> <p>Tareas del hogar: Los amigos pueden proporcionar limpieza ligera de superficies, preparación de comidas, organización, seguridad física, jardinería ligera y lavandería.</p> <p>Compras de comestibles: Papa puede ayudar con las compras de comestibles y la entrega. Los amigos recogerán a los miembros en sus casas, los llevarán al supermercado, llevarán sus bolsas de compras, los llevarán de regreso a casa y descargarán las compras.</p> <p>Lecciones de tecnología: Papa puede ayudar a los miembros a configurar y usar dispositivos, iniciar sesión en citas de telesalud y brindar asistencia en las redes sociales.</p> <p>Transporte social: ofrece transporte y compañía en situaciones que no sean de emergencia durante todo el trayecto de ida y vuelta a los destinos de los miembros. Los miembros pueden recibir transporte para ir al consultorio del médico, a farmacias, a centros comunitarios, hacer recados y otros lugares sociales.</p> <p>Apoyo para cuidadores: Nuestro plan comprende que cuidar a un ser querido no siempre es fácil. Por eso, nuestro plan brinda servicios de apoyo para cuidadores a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de apoyo a domicilio • Realizar recados • Compras de ropa • Entrega de preparación de comidas • Cuidado de relevo • Interacciones sociales a través de conexiones religiosas y espirituales • Compromisos comunitarios • Entrega de Rx. 	
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	
Servicios de audición (complementarios) <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de rutina: 1 cada año • Subsidio de beneficio de \$1,000 para audífonos, ambos oídos combinados, cada año 	\$0 copago
Ayuda para ciertas enfermedades crónicas Si tiene una de las siguientes condiciones crónicas, puede ser elegible para los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI): <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia crónica del alcohol y otras drogas • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática terminal • Enfermedad renal terminal (ERT) • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Ataque Para obtener más información, consulte la sección “Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos” en esta tabla.	\$0 copago
 Detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Atención médica domiciliaria por agencia	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de salud a domicilio y ordenará que los servicios de salud a domicilio sean proporcionados por una agencia de salud a domicilio. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su hogar le supondrá un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención sanitaria a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Terapia de infusión domiciliaria</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de conformidad con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>


Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo • Cuidados domiciliarios 	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Community Health Choice (HMO D-SNP) .</p>
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p><u>Para los servicios de cuidados paliativos y para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal</u> : Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidados paliativos por los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.</p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal</u> : si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor en la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, 	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>solo paga el monto de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según el plan de pago por servicio de Medicare (Medicare original). <p><u>Para los servicios que están cubiertos por Community Health Choice (HMO D-SNP) pero no están cubiertos por Medicare Parte A o B:</u> Community Health Choice (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, independientemente de que estén relacionados o no con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición terminal de hospicio, entonces usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no sean de hospicio (atención que no esté relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para organizar los servicios.</p>	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía • Vacunas o vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas o vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas para COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener información adicional.</p> <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios de hospitalización para pacientes agudos, rehabilitación para pacientes internados, atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta es su último día de internación.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de cuidados especiales (como cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios) • Medicamentos y drogas • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del lenguaje. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios enumerados.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Servicios para pacientes internados por trastornos relacionados con el consumo de sustancias	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)**Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)**

- En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón y páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón y pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino y de múltiples vísceras . Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decida si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por recibirlos localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Community Health Choice (HMO D-SNP) brinda servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.
- Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.
- Servicios médicos

Nota: Para ser considerado paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para admitirlo formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente internado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.



También puede encontrar más información en una hoja informativa sobre Medicare llamada *¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en la Web en <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si recibe atención médica autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
Puede ser necesaria autorización previa.	
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una internación en el hospital. Existe un límite de por vida de 190 días para los servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Puede ser necesaria autorización previa.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios enumerados.
<p>Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía hospitalaria no cubierta Si ha agotado sus beneficios como paciente internado o si la estadía como paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía como paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos Servicios que recibe mientras está en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o total o parcialmente la función de un órgano interno del cuerpo que funciona mal o no funciona de manera permanente, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente. • Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional. 	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
Puede ser necesaria autorización previa.	
<p> Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no estén en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que reciba servicios de terapia nutricional médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.</p> <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
<p>Beneficio de comidas (complementario)</p> <p>Este beneficio proporciona hasta 2 comidas al día durante 7 días después de su alta del hospital. Comuníquese con el plan para coordinar los servicios después de la hospitalización.</p>	\$0 copago
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o 	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare


Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>infunden mientras recibe servicios de un médico, de un hospital ambulatorio o de un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria) • Otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi[®], (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. 	
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores de coagulación que usted mismo se administra mediante inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. 	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none">• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.• Medicamentos antináuseas orales: Medicare cubre los medicamentos antináuseas orales que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento antináuseas intravenoso.• Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio ESRD de la Parte B lo cubre• calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando es medicamento necesario, y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones. (como Epogen[®] , Procrit[®] , Epoetin Alfa, Aranesp[®] , Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que sus medicamentos estén cubiertos. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>	
<p>Línea de asesoramiento de enfermería (complementaria)</p> <p>Tiene acceso a una línea de enfermería las 24 horas del día, los siete días de la semana. Llámenos al 1-833-276-8306 , TTY 711 .</p> <p>Nuestras enfermeras pueden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a controlar una enfermedad o lesión. • Ayuda a reconocer síntomas urgentes y de emergencia. • Localiza médicos y hospitales en tu zona • Ayudar a reconocer las interacciones de los medicamentos <p>NOTA: En caso de emergencia, comuníquese al 911.</p>	\$0 copago
<p> Detección y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.</p>	<p>y el tratamiento preventivo de la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento con opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Radioterapia (radioterapia e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona 	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>	
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios del hospital que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede recibir el alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa sobre Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como servicios de observación o atención ambulatoria. cirugía • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puedes administrarte tú mismo 	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa sobre Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede ser necesaria autorización previa.</p>	
<p>Atención ambulatoria de salud mental</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especialista, un consejero profesional autorizado (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), un enfermero</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>practicante (NP), un asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF). Puede ser necesaria autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias El tratamiento ambulatorio y el asesoramiento por abuso de sustancias incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización Parcial (PHP) • Programa intensivo ambulatorio (PIO) • Tratamiento psiquiátrico de día • Pruebas neuropsicológicas • Transferencias de una instalación a otra • Terapia electroconvulsiva (TEC) • Visita de psicoterapia ambulatoria que excede las 30 visitas en un año calendario por parte de cualquier proveedor en cualquier entorno. • Terapia de análisis conductual aplicado (ABA) Tratamiento ambulatorio intensivo (excepto cuando se brinda en un centro para trastornos por consumo de sustancias (SUD)) <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros ambulatorios de hospitales y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Nota: Si se va a someter a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente ambulatorio o internado. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de participación en los costos de la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, es posible que se lo considere un paciente ambulatorio. Puede ser necesaria autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC)</p> <p>Recibe hasta \$100 por mes para determinados medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados. Los montos de medicamentos de venta libre no utilizados no se transfieren al mes siguiente.</p> <p>Para obtener más información sobre cómo acceder a su beneficio, consulte el folleto de medicamentos de venta libre que se le envió por correo por separado. Recibirá una tarjeta de débito precargada por correo que puede usar para comprar artículos de venta libre aprobados sin receta.</p> <p>Las pruebas de COVID-19 y la naloxona están cubiertas por el beneficio de venta libre.</p> <p>Puede obtener más información sobre su beneficio de OTC visitando nuestro sitio web en CommunityHealthChoice.NationsBenefits.com</p>	<p>\$0 copago</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p><i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio en un hospital o en un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>


Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p><i>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) activa brindado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial.</i></p> <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>	
<p>Servicios de médicos o profesionales médicos, incluidas visitas al consultorio médico.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico de cabecera o especialista, si su médico lo solicita para ver si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos: Visitas al médico de atención primaria. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Si necesita hablar con un médico fuera del horario laboral o si no se siente lo suficientemente bien como para ir a una visita al consultorio del médico de cabecera, la telesalud de Teladoc ofrece servicios de atención médica valiosos y convenientes las 24 horas, los 7 días de la semana a través de la web, el teléfono o la aplicación móvil. ○ Los servicios de Teladoc ayudan a tratar una variedad de problemas de salud, incluidos problemas de sinusitis, bronquitis, síntomas de 	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>



Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>resfriado y gripe, alergias, infecciones respiratorias y recargas de recetas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Para acceder a Teladoc, llame al 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) o visite www.Teladoc.com. 	
<p>Servicios de médicos o profesionales médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos servicios de telesalud incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental coexistente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tienes una visita en persona cada 12 meses mientras recibes estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No eres un paciente nuevo y ○ El check-in no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y 	


Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> ○ El check-in no da lugar a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita más próxima disponible. ● Evaluación del vídeo y/o imágenes que usted envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No eres un paciente nuevo y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita más próxima disponible. 	
<p>Servicios de médicos o profesionales médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o historia clínica electrónica ● Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía ● Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico) 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o los espolones calcáneos) ● Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Examen rectal digital ● Prueba del antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas; consulte Atención de la vista más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p>Puede ser necesaria autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p> Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si el resultado de la prueba de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el abuso de alcohol.</p>
<p> Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma</p>


Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>Los miembros elegibles son : personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida de detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas y que debe ser proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después de la prueba de detección de cáncer de pulmón inicial:</i> el miembro debe recibir una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede realizarse durante cualquier visita correspondiente con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige brindar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para determinadas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las solicita un médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad, presenciales y de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico. Puede ser necesaria autorización previa.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de detección de ITS y asesoramiento preventivo de ITS cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen:</p>	


Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo domiciliario (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare . Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios enumerados.</p> <p>Está cubierto por hasta 100 días cada período de beneficio para servicios para pacientes internados</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. 	<p>en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare.</p>
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF • Pruebas de laboratorio que normalmente proporcionan los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente brindan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los centros de enfermería especializada • Servicios de médicos/profesionales <p>Por lo general, recibirá atención en un centro de enfermería especializada en centros de la red. Sin embargo, en determinadas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que usted sale del hospital 	<p>Un período de beneficios comienza el primer día que usted va a un hospital para pacientes internados cubierto por Medicare o a un centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>El período de beneficios finaliza cuando no ha estado internado en ningún hospital o centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Si va al hospital o centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p>
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p>	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p><u>Si consume tabaco, pero no presenta signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p> Abandono del hábito de fumar y del consumo de tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) (continuación)</p> <p><u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	
<p>Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI)</p> <p>Los servicios del Beneficio Suplementario Especial para Enfermos Crónicos (SSBCI) son beneficios no relacionados con la salud para los enfermos crónicos. Los miembros deben tener una afección relacionada con una de las siguientes afecciones médicas crónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia crónica del alcohol y otras drogas • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática terminal • Enfermedad renal terminal (ERT) • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Ataque 	<p>\$0 copago</p>



Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>Los siguientes beneficios son beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican.</p> <p>Beneficios de la tarjeta Flex:</p> <p>Los miembros elegibles reciben hasta \$55 por mes en una tarjeta de débito precargada. La asignación se puede usar para comprar alimentos, asistencia con el alquiler y/o facturas de servicios públicos. Los miembros recibirán Reciba información por correo sobre cómo acceder a este beneficio. Los montos no utilizados no se transfieren al mes siguiente.</p> <p>Servicios que apoyan la autodirección:</p> <p>Nuestro programa de atención autodirigida ayuda a gestionar todos los aspectos de la prestación de atención médica personal. También ofrecemos servicios de asesoramiento sobre programas comunitarios para ayudar con la educación tecnológica, solicitudes de subsidios para facturas de servicios públicos, etc.</p> <p>Beneficios por necesidades sociales:</p> <p>Los miembros elegibles obtienen acceso a programas y eventos patrocinados por la comunidad o el plan para abordar las necesidades sociales de los inscritos, brindando educación para adultos, actividades y recursos para promover el bienestar físico, mental y espiritual.</p>	
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y una derivación para EAP del médico responsable del tratamiento de la EAP. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consiste en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno ambulatorio de un hospital o en el consultorio de un médico. • Ser administrado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la EAP. 	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>


Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero especializado/enfermero clínico que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. <p>El tratamiento SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. Puede ser necesaria autorización previa.</p>	
<p>Transporte médico no urgente (complementario)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 48 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan. • Los niveles de servicio de transporte incluyen : <ul style="list-style-type: none"> ○ Viajes compartidos (Lyft/Uber) ○ Transporte público ○ Vehículos tipo furgoneta/sedán ○ Vehículos accesibles para sillas de ruedas <p>Llame a Access2Care al 1-844-683-6449 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para citas médicas que no sean urgentes, debe llamar para reservar su viaje al menos 48 horas antes de la cita, sin incluir los fines de semana. Esto es para asegurarse de que haya un vehículo disponible. • Si usa muletas, andador, silla de ruedas o bastón, informe al representante por teléfono cuando llame para programar su viaje. • También puede programar un viaje a través de la aplicación para miembros Access2Care (A2C). Descargue la aplicación desde Google Play o App Store. <p>Puede ser necesaria autorización previa. NOTA: En caso de emergencia, comuníquese al 911.</p>	\$0 copago
<p>Servicios urgentemente necesarios</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red</p>	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<p>con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. Esta cobertura es solo dentro de los Estados Unidos.</p>	
<p> Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare original no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen a las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. 	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p> Cuidado de la vista (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). 	
<p>Visión de rutina (complementaria) Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) examen ocular de rutina cada año 	<p>\$0 copago</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar al obtener estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Subsidio de \$350 cada año para lentes de contacto y/o anteojos (lentes y marcos) 	
<p> Bienvenido a la visita preventiva de Medicare El plan cubre la visita preventiva única <i>de bienvenida a Medicare</i> . La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes y vacunas) y derivaciones para otros cuidados, si los necesita. Importante: Cubrimos únicamente la visita preventiva <i>de Bienvenida a Medicare</i> Dentro de los primeros 12 meses, usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva <i>de Bienvenida a Medicare</i> .</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para el <i>Bienvenido a la visita preventiva de Medicare</i> .

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Community Health Choice (HMO D-SNP) ?

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Community Health Choice (HMO D-SNP)

Los siguientes servicios no están cubiertos por Community Health Choice (HMO D-SNP) pero están disponibles a través de Medicaid:

SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD	
Quienes cumplen con los requisitos de QMB y también cumplen con los criterios financieros para la cobertura total de Medicaid pueden ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid que no cubre Medicare, incluidos los servicios de exención de Medicaid. Los servicios de exención están limitados a las personas que cumplen con los criterios de elegibilidad de exención de Medicaid adicionales.	
Exención de servicios de asistencia y apoyo para la vida en comunidad (CLASS)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de Salud y Servicios Humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/community-living-assistance-support-services-class .

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

	Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).
Exención para sordociegos con discapacidades múltiples (DBMD)	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de Salud y Servicios Humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd.</p> <p>Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).</p>
Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCS)	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de Salud y Servicios Humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/home-community-based-services-hcs.</p> <p>Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).</p>
Programa para niños con dependencia médica (MDCP)	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de Salud y Servicios Humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp.</p> <p>Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).</p>
Programa STAR+PLUS (que opera bajo la exención del Programa de transformación y mejora de la calidad de la atención médica de Texas)	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de Salud y Servicios Humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/programs/starplus.</p> <p>Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).</p>

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Exención para vivir en el hogar de Texas (TxHmL)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de Salud y Servicios Humanos de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml . Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.
Dispositivos de comunicación asistida (también conocido como Sistema de Dispositivo de Comunicación Aumentativa (ACD))	Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid
Hospicio	Medicaid paga este servicio para ciertos miembros del programa de exención si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicaid Nota: Cuando los miembros adultos eligen los servicios de cuidados paliativos, renuncian a sus derechos a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a los servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por Medicare?**Sección 4.1 Servicios no cubiertos por Medicare (exclusiones de Medicare)**

Esta sección le informa qué servicios están excluidos por Medicare.

El cuadro a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare bajo ninguna circunstancia o que están cubiertos por Medicare. Sólo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide: en la apelación que es un

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto sólo bajo condiciones específicas
Cirugía o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado de custodia</p> <p>El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	No cubierto bajo ninguna condición	
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Puede estar cubierto por Medicare Original mediante un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
Tarifas cobradas por la atención brindada por sus familiares directos o miembros de su hogar.	No cubierto bajo ninguna condición	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto sólo bajo condiciones específicas
Atención de enfermería a tiempo completo en su domicilio.	No cubierto bajo ninguna condición	
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	No cubierto bajo ninguna condición	
Atención dental no rutinaria		<ul style="list-style-type: none"> • La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención ambulatoria o para pacientes internados.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y que están incluidos en el costo del aparato. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No cubierto bajo ninguna condición	
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto sólo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin prescripción médica.	No cubierto bajo ninguna condición	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para baja visión.		<ul style="list-style-type: none"> • Se cubren un examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para las personas después de una cirugía de cataratas.
Cuidado rutinario de los pies		<ul style="list-style-type: none"> • Se proporciona cierta cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto sólo bajo condiciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares originales de Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

*Cómo utilizar la cobertura del plan
para medicamentos recetados de la
Parte D*

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica para recibir y está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa de “Ayuda adicional”, es posible **que cierta información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso**. Le enviamos un folleto por separado, llamado *Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las reglas para utilizar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Sección 1.1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que le recete medicamentos) que le escriba una receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su médico no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.
- *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos Lista de medicamentos para abreviar). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se adquieren en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas adquiridas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle los medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que se encuentran en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en nuestro *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/medicare) y/o llamar a Servicios para Miembros.

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que usted ha estado utilizando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando deja de pertenecer a la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o utilizar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/medicare.

¿Qué pasa si necesitas una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para miembros.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de farmacias*. www.communityhealthchoice.org/medicare o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Uso del servicio de pedidos por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través de pedidos por correo son medicamentos que se toman regularmente para una condición médica crónica o de largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro de hasta 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo llenar sus recetas por correo, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Miembro al 1-833-276-8306 (TTY 711).

Por lo general, un pedido de farmacia por correo se le entregará en un plazo máximo de 14 días. Si su pedido se demora, comuníquese con nuestro Servicio de atención al cliente para obtener ayuda.

Las nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Una vez que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea que le surtan el medicamento de inmediato o en un momento posterior. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Recargas de recetas por correo. Para recargas, comuníquese con su farmacia *al menos 15 días* antes de que se acabe su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

Si recibe automáticamente por correo una recarga que no desea, puede ser elegible para

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

un reembolso.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento de la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular para una condición médica crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *directorio de farmacias* En www.communityhealthchoice.org/medicare se le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está en la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. **Consulte primero con el Servicio de atención al cliente** para ver si hay una farmacia de la red cercana. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red dentro de una distancia de manejo razonable que brinde servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no se encuentra regularmente disponible en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red accesible (incluidos medicamentos de alto costo y únicos).
- Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del Plan, y se enferma o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se obtengan en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura identificadas en este documento y el Formulario y no hay una farmacia de la red disponible.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Durante cualquier declaración federal de desastre u otra declaración de emergencia de salud pública en la que los afiliados a la Parte D sean evacuados o desplazados de su lugar de residencia y no se pueda esperar razonablemente que obtengan medicamentos cubiertos por la Parte D en una farmacia de la red. Además, en circunstancias en las que los canales de distribución normales no estén disponibles.

¿Cómo solicitar el reembolso del plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de su parte habitual del costo) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2 explica cómo solicitarle al plan que le reembolse el dinero).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan

Sección 3.1	La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
--------------------	---

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos Lista de medicamentos para abreviar.**

Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Generalmente cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que cumpla con las demás reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que *sea* :

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la que se prescribe, o
- Con el respaldo de ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

La lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento de venta con receta que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico de marca o original y suelen costar menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la “Lista de medicamentos”.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros.

¿Qué *no* está en la lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Sección 3.2 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Tienes cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos en formato electrónico. (Tenga en cuenta que la Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Servicio de atención al cliente para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.communityhealthchoice.org/medicare). La lista de medicamentos que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (www.communityhealthchoice.org/medicare o llamando al Departamento de Servicios para Miembros). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un cálculo aproximado de lo que pagará y si existen medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

En el caso de determinados medicamentos recetados, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentar a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como uno de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en cuanto a la potencia, la cantidad o la forma recetada por su proveedor de atención médica, y pueden

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones a continuación le brindan más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deben hacer para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que le eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Es posible que aceptemos o no eximirle de la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero que por lo general son igual de efectivos, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, el plan puede exigirle que primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**.

Límites de cantidad

En el caso de determinados medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día para un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla por día.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto.

Existen situaciones en las que hay un medicamento recetado que usted está tomando, o uno que usted y su proveedor creen que debería estar tomando, que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales a la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría. **Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.**

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido de alguna manera?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puedes cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del mismo.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, El plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan O ahora debe estar restringido de alguna manera .**

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan .
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante Los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta es por menos días, permitiremos múltiples recargas para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta debe ser surtida en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.
- *Para miembros actuales con cambios en el nivel de atención:*
 - Es posible que se produzcan transiciones no planificadas, como altas hospitalarias o cambios en el nivel de atención, mientras esté inscrito como miembro de nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, deberá utilizar el proceso de excepción del plan. Puede solicitar un suministro temporal único de al menos 30 días para tener tiempo de analizar un tratamiento alternativo con su médico o solicitar una excepción a la lista de medicamentos (formulario). Si su médico le receta menos días, puede volver a surtir el medicamento hasta que haya recibido un suministro de al menos 30 días.
 - Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

Durante el tiempo en que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puedes cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si existe otro medicamento cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

2) Puedes solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que usted desea. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitarla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, Capítulo 9, Sección 7.4 te dice qué *hacer* Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen a principios de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos .**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento .**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos analizados en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

medicamentos y cuándo recibirá una notificación directa si se realizaron cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que le afecten durante el año del plan actual

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios inmediatamente a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el mismo medicamento en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos con aviso previo.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un Recarga de 30 días de la versión del medicamento que estás tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.**
 - En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos.**

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Es posible que realicemos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, nosotros basados en advertencias destacadas de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos una recarga adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con su médico sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción en el medicamento que está tomando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante el año del plan actual

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan actual son:

- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre con un medicamento que usted está tomando (excepto el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afecte durante el próximo año del plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no están* cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se indican los tipos de medicamentos recetados que están **excluidos**. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, deberá pagarlo usted mismo.

A continuación se presentan tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no indicado en la etiqueta* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Estadounidenses y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso *no indicado en la etiqueta* es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento y aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales de prescripción médica, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo llenar una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan por nuestros medicamentos. Parte del costo de su medicamento. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su receta.

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tienes contigo la información de tu membresía?
--

Si no tiene consigo la información de membresía de su plan cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta cuando la retire** . (Luego puede **solicitarlos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales****Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía que está cubierta por el plan?**

Si lo admiten en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, Generalmente, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que utilice, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte con *el Director de su farmacia* en www.communityhealthchoice.org/medicare para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con el Servicio de atención al cliente. Si se encuentra en un centro de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera habitual sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidados a largo plazo.

¿Qué sucede si usted es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

recibir una notificación del médico que prescribe o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o al médico que prescribe que le envíe una notificación antes de que se le surta su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o Si recibe el alta de cuidados paliativos, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar medicamentos de manera segura
--

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para garantizar que reciban una atención segura y adecuada.

Realizamos una revisión cada vez que usted adquiere una receta. También revisamos nuestros registros periódicamente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que estás tomando
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**Sección 10.2 Programa de gestión de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides**

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Programa de gestión de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés). Si usted utiliza medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y médicamente necesario. Si, en colaboración con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opioides recetados puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides en una o más farmacias determinadas
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides de un(os) prescriptor(es) determinado(s)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No será incluido en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, está recibiendo cuidados paliativos, cuidados paliativos o al final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Gestión de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

(MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de los medicamentos o que están en un plan de manejo de drogas (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden recibir servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la cantidad que toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos que debe tomar. Lleve el resumen a su consulta o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenoslo y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por sus
medicamentos recetados de la Parte
D*

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?**

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D Es posible que no se aplique a su caso.** Le enviamos un folleto por separado, llamado *Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben “ayuda adicional” para pagar medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio para personas de bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con otros materiales que expliquen su cobertura de medicamentos.**

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo usamos el término **medicamento** para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, Secciones 1 a 4, se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para brindar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para miembros.

Sección 1.2 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Existen distintos tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y existen tres formas en las que se le puede solicitar que pague.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **El deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **El copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que surte una receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que obtiene una receta.

Sección 1.3	Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo
--------------------	---

Medicare tiene reglas sobre qué se considera y qué *no* se considera como parte de los costos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus costos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo.

Sus costos de bolsillo incluyen los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de unirse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- **mismo** realiza estos pagos, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus costos de bolsillo si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones determinadas**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal que esté calificado por Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE o por el Servicio de Salud Indígena. Pagos realizados por el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare También están incluidos.

Pasando a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2000 en costos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo.

Sus costos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Pagos por sus medicamentos que realiza la Administración de Salud para Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación para Trabajadores)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuento para Fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

¿Cómo puede realizar un seguimiento del total de sus gastos de bolsillo?

- **Le ayudaremos .** El informe *de Explicación de Beneficios* (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,000 , este informe le indicará que ha abandonado la Etapa de Cobertura Inicial y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos .** La sección 3.2 le indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago en la que se encuentre cuando lo recibe.

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para Community Health Choice (HMO D-SNP)? ¿Miembros?

Existen dos **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare bajo Community Health Choice (HMO D-SNP) . La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando Obtienes una receta médica o la renuevas. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de cobertura inicial

Etapas 2: Etapa de cobertura catastrófica

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.

Sección 3.1 Le enviaremos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)*

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha realizado cuando obtiene o renueva sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que llevamos un registro:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina **costos de bolsillo** . Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago por sus medicamentos realizado por “Ayuda adicional” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos** . Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha recibido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *explicación de beneficios de la Parte D*. La *explicación de beneficios de la Parte D* incluye:

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Información de ese mes** . Este informe proporciona los detalles de pago de las recetas que ha adquirido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero**. Esto se denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos**. Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre los aumentos de precio desde el primer pedido para cada receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles a un costo menor**. Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido menor para cada receta médica, si corresponde.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos
--------------------	--

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por ellos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga una receta**. Esto nos ayuda a asegurarnos de que sabemos qué recetas está obteniendo y cuánto está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Hay ocasiones en las que usted puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debería pagar el costo total de un medicamento recetado. denos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan
 - Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
 - En cualquier momento en que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras ocasiones en que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para los costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y organizaciones benéficas cuentan para los costos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba el *EOB de la Parte D*, revíselo para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Community Health Choice (HMO D-SNP)

No hay deducible para Community Health Choice (HMO D-SNP) . Comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando obtiene su primer medicamento recetado del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene su receta.

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de los medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde obtenga su receta.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos los medicamentos recetados que se obtienen en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos un medicamento recetado que se obtiene en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo llenar sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias del plan* www.communityhealthchoice.org/medicare.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos para un suministro de un mes de un medicamento
--------------------	--

Durante la etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o coseguro.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro *para un mes* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Dependiendo de su nivel de Ayuda Adicional, usted paga:	Costo minorista estándar compartido (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Distribución de costos de pedidos por correo (hasta un suministro de 30 días)	Participación en los costos de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Medicamentos genéricos con costo compartido	\$0 copago; o Copago de \$1.60; o Copago de \$4,90; o 25% de coseguro	\$0 copago; o Copago de \$1.60; o Copago de \$4,90; o 25% de coseguro	\$0 copago; o Copago de \$1.60; o Copago de \$4,90; o 25% de coseguro	\$0 copago; o Copago de \$1.60; o Copago de \$4,90; o 25% de coseguro
Medicamentos de marca con costo compartido	\$0 copago; o Copago de \$4.80; o Copago de \$12,15; o 25% de coseguro	\$0 copago; o Copago de \$4.80; o Copago de \$12,15; o 25% de coseguro	\$0 copago; o Copago de \$4.80; o Copago de \$12,15; o 25% de coseguro	\$0 copago; o Copago de \$4.80; o Copago de \$12,15; o 25% de coseguro

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes.
--------------------	--

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que tenga menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un mes completo de suministro de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de renovación de diferentes recetas.

Si recibe menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar por el suministro de ese mes completo.

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días que reciba del medicamento en lugar de un mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de costo compartido) y lo multiplicaremos por la cantidad de días que reciba del medicamento.

Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos para un suministro a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento
--------------------	---

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días .

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Dependiendo de su nivel de Ayuda Adicional, usted paga:	Costo minorista estándar compartido (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Distribución de costos de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días)
Participación en los costos Medicamentos genéricos	<i>\$0 copago; o</i> <i>Copago de \$1.60; o</i> <i>Copago de \$4,90; o</i> <i>25% de coseguro</i>	<i>\$0 copago; o</i> <i>Copago de \$1.60; o</i> <i>Copago de \$4,90; o</i> <i>25% de coseguro</i>
Participación en los costos Medicamentos de marca	<i>\$0 copago; o</i> <i>Copago de \$4.80; o</i> <i>Copago de \$12,15; o</i> <i>25% de coseguro</i>	<i>\$0 copago; o</i> <i>Copago de \$4.80; o</i> <i>Copago de \$12,15; o</i> <i>25% de coseguro</i>

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen los \$2,000

Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos totales de bolsillo alcancen los \$2000 . Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

El *EOB de la Parte D* que recibe le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, el plan y cualquier tercero que haya gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de desembolso personal de \$2000 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si lo alcanza, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Tú entras La etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo han alcanzado los \$2,000 límite para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas : algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí** .
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **administrarle la vacuna** . (A esto a veces se le llama administración de la vacuna).

Sus costos Para recibir una vacuna de la Parte D, dependen tres cosas:

1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no tienen ningún costo.

2. Dónde recibir la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. ¿Quién le administra la vacuna?

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de **la etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- A veces, cuando se vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrarla. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando recibes una vacuna, solo pagas tu parte del costo según tu beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagas nada.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

A continuación se presentan tres ejemplos de formas en las que puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Puede recibir la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Si tiene esta opción o no depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibes la vacuna de la Parte D en el consultorio de tu médico.

- Cuando recibe la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrársela.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración) y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde le administran la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, deberá pagarle a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna y cualquier diferencia

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos.
(Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que ha
recibido por servicios médicos o
medicamentos cubiertos*

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red facturan directamente al plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que ha recibido, debe enviárnosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero (reembolso se denomina a menudo **reembolso**). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el dinero siempre que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir con plazos para que le reembolsen el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, la analizaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos el dinero por los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos, como se explica en este documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, le notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de la parte de costos compartidos permitida por el plan. Si este proveedor tiene contrato, aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación se muestran ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitar a nuestro plan que le reembolse el dinero o que pague una factura que haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan.

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de si el proveedor forma parte de nuestra red o no. En estos casos, solicite al proveedor que facture al plan.

- Si paga el importe total usted mismo al momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de red le envía una factura que usted cree que no debería pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan, pero a veces cometen errores y te piden que pagues por los servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe solicitarnos que le reembolsemos los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva (esto significa que el primer día de inscripción ya pasó o que la fecha de inscripción puede haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo alguno de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación, como recibos y facturas, para que podamos gestionar el reembolso.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. En ese caso, deberá pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener una descripción de estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando pagas el costo total de un medicamento recetado porque no tienes contigo tu tarjeta de membresía del plan

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta usted mismo. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que el precio negociado por la receta.

6. Cuando pagas el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos del plan o que tenga un requisito o restricción que usted desconocía o que no cree que deba aplicarse en su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total del mismo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos el dinero. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que el precio negociado por la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que ha recibido

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.

- Debe presentarnos su reclamo dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo de la Parte C (médico) o el medicamento de la Parte B.
- Debe presentarnos su reclamo dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió su medicamento recetado de la Parte D.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilices el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/medicare) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Envíenos su solicitud de pago junto con todas las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Elección de salud comunitaria (HMO D-SNP)
Solicitud de pago de reclamaciones
Apartado de correos 301404
Houston, Texas 77230-1404

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no están* cubiertos, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.
--

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que le resulte conveniente, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles para una especialidad en la red del plan, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde ir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Community Health Choice (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (TTY 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y compatible con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además de español , en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Su plan esta obligado a garantizar que todos los servicios tanto clínicos como no clínicos , se proporcionan de manera competente Desde entonces el punto de vista cultural y sean Accesible para todos los afiliados , incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados , una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico Diversos . Algunos ejemplos de cómo un plan puede Cumplir con estos requisitos de accesibilidad son, entre otros , proporcionar servicios de traducción , servicios de interpretación , teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación. gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés . A parte del inglés , también disponemos de contenido para usted es otros idiomas común hablados es El área de servicio del plan. De ser necesario , también podemos brindarle Información en audio, braille, en Letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno . Estamos obligados a ofrecerle Información acerca de los Beneficios del plan en un formato que sea. accesible y adecuado para usted . Para obtener información de parte de nosotros en un formato que le sea conveniente , llame a Servicios para los miembros .

Nuestro plan es obligado a ofrecer a las mujeres afiliados la opción de tener acceso directamente a un especialista es Salud femenino Dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres .

Si no hay proveedores Disponibles En la red del plan para una especialidad , es responsabilidad del plan localizar Proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención Médica necesario . En este caso caso , solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. si se encuentra es una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita , llame al plan para que le informen donde acudir para obtener ese servicio con los costos de gastos compartidos dentro de la roja.

Si tienes Alguna dificultad para conseguir Información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted , por favor llame a presentar. una queja con Community Health Choice (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (TTY 711). También puede Presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles .

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria en la red del plan para que le brinde y organice los servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

mujer (como un ginecólogo) sin una derivación. No le exigimos que obtenga derivaciones para acudir a un especialista. proveedores de red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a que le surtan o resurtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal
--------------------	---

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

- Su información médica personal incluye la **información personal** que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso por escrito, llamado *Aviso de prácticas de privacidad*, que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a alguien que no le brinde ni pague su atención, *primero debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted*.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información sanitaria a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Podrás ver la información de tus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a consultar sus registros médicos que se encuentran en el plan y a obtener una copia de los mismos. Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos lo pide, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros.

Puede encontrar información adicional sobre la política de privacidad de Community Health Choice HMO D-SNP en www.communityhealthchoice.org/en-us/privacy-statement/

Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos.
--------------------	--

Como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP) , usted tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de Atención al Miembro:

- **Información sobre nuestro plan** . Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de red y Farmacias.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al utilizarla.** Los capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica.

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender* .

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo o si están cubiertas por nuestro plan . También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre los riesgos que implica su atención médica. Deben informarle con anticipación si algún tratamiento o atención médica propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”** . Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

En ocasiones, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea* , puede:

- Complete un formulario escrito para darle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez deja de poder tomar decisiones por sí mismo.
- **Proporcione a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen distintos tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una directiva anticipada para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, de un asistente social o en algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directiva anticipada de organizaciones que brindan información a las personas sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para miembros para solicitar los formularios.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmarla si se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen tus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones contenidas en ella, puede presentar una queja ante la Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-877-787-8999 (TTY 711).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa .**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que le están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697 o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y no se trata de discriminación*, puede obtener ayuda para abordar el problema que tiene:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Miembro .**
- Puede **llamar al SHIP .** Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede llamar a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas o a la Oficina del Ombudsman de Salud y Servicios Humanos de Texas . Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 6.
- O, **Puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio de Atención al Miembro .**
- Puede **llamar al SHIP .** Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare .**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (la publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
- O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación se detallan los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de atención al cliente.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos**. Utilice esta *Evidencia de cobertura* para conocer qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos**. El capítulo 1 le informa sobre cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan**. Muestra tu tarjeta de membresía del plan siempre que reciba su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención**.
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado**. Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro del* área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).

CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

En este capítulo se explican los procesos para gestionar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para gestionar su problema depende de dos cosas:

1. Ya sea que su problema esté relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**, si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para Miembros.
2. El tipo de problema que tienes:
 - Para algunos problemas, es necesario utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas es necesario utilizar el **proceso de presentación de quejas**, también llamado reclamos.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice presentar una queja en lugar de presentar una queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de organización o determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de entidad de revisión independiente.
- También utiliza abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede resultar útil (y a veces muy importante) conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión. Obtenga la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando brindamos detalles sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe utilizar para manejar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Seguro médico del estado

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para contactos relacionados con Medicaid, consulte el Capítulo 2, Secciones 4 y 6 de este documento .

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿qué proceso debería utilizar?

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, tiene diferentes procesos que puede utilizar para manejar su problema o queja. El proceso que utilice depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, entonces

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con Servicios para Miembros.

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice el cuadro que aparece a continuación.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid?

Si desea ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid, comuníquese con Servicios para Miembros.

Mi problema es sobre los beneficios **de Medicare** .

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**.

Mi problema es sobre la cobertura **de Medicaid** .

Vaya a la **Sección 12** de este capítulo, **Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 **Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**

Sección 4.1	¿Debe utilizar el proceso para tomar decisiones sobre cobertura y presentar apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?
--------------------	--

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. El cuadro a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre **los beneficios cubiertos por Medicare** .

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para determinar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud acerca de sus beneficios **de Medicare**, utilice este cuadro:

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos recetados de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 11** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

SECCIÓN 5 **Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones**

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de Cobertura* deje

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

en claro que el servicio al que se lo deriva nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no está cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho, ya sea antes o después de recibir un beneficio, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación acelerada o rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo las reglas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Consulte **la Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.2 **Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

Aquí encontrará recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Servicio de Atención al Miembro** .
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación que supere el Nivel 2, deberá designarlo como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario *de Designación de Representante* . (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/medicare).
 - Para recibir atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - En el caso de los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que le recete medicamentos puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que le recete medicamentos puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario *de Designación de Representante* . (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/medicare .) El formulario le otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o solicitar el nombre de un abogado en el colegio de abogados de su localidad o en otro servicio de referencia. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?
--------------------	--

Existen cuatro situaciones diferentes que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, brindamos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios* : atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF))

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios para miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa de asistencia para seguros médicos de su estado.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el costo de su atención.
--------------------	--

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted cree que dicha atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por esa atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Usted ha recibido y pagado por atención médica que usted considera que debería estar cubierta por el plan y desea solicitarle a nuestro plan que le reembolse por dicha atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le han informado que se reducirá o suspenderá la cobertura de determinados servicios médicos que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente, y usted cree que reducir o suspender estos servicios podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota : Si la cobertura que se suspenderá corresponde a atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF), debe leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura
--------------------	--

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: Decide si necesitas una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 14 días, o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una cobertura rápida Para tomar una decisión, se deben cumplir dos requisitos:

- *Sólo* puede solicitar cobertura de artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una cobertura rápida decisión, aceptaremos automáticamente brindarle una cobertura rápida decisión.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida sobre la cobertura . Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta que:**
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica si su médico solicita la decisión de cobertura rápida , le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida
 - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2 : Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3 : Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días naturales siguientes a la recepción de su solicitud. **para un artículo o servicio médico** . Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare** , le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para tomar decisiones de cobertura rápidas utilizamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** . Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó** , le enviaremos una declaración escrita explicando por qué dijimos que no.

Paso 4 : Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

Si respondemos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales**

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración del plan**.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decide si necesitas una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique la razón por la que su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden Agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3 : Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Recopilaremos más información si es necesario y posiblemente nos pondremos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o antes de que finalice el período de tiempo extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no deberíamos* demorarnos más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente de su caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso**.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida el La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de cuando recibe su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más** . La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará sobre su decisión por escrito y le explicará los motivos de la misma.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o brindar el servicio dentro de **los 14 días calendario**, después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o proporcionemos el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas** .
- **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare **dentro de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza total o parcialmente su apelación** , significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Le notificaremos su derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcanza un mínimo determinado. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.

- Le explicamos cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador. La sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica?
--------------------	---

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por *Servicios y artículos cubiertos* por Medicaid : envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación solicitando un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si respondemos afirmativamente a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no está* cubierta o *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago, **puede presentar una apelación** . Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 6.3 . Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de la atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es sí en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.
--------------------	---

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para que estén cubiertos, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D , **consulte los Capítulos 5 y 6. Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto* o *medicamento de la Parte D* cada vez. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Cómo solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener) **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Cómo solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya haya comprado. **Pedirnos que le devolvamos el dinero. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Artículo 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido A veces se le llama solicitar una **excepción de niveles**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que le recete medicamentos deberá explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se incluyen dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que le recete medicamentos pueden solicitarnos:

- 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Cómo eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.

Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones
--------------------	--

Su médico debe indicarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que le recete medicamentos debe proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que solicita una excepción. Para tomar una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que le recete medicamentos cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que solicita y no provocara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos decir sí o no a su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es así siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos que no a su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decide si necesitas una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de **las 72 horas**. Después de recibir el informe de su médico. Las **decisiones rápidas sobre la cobertura** se toman dentro de **las 24 horas** posteriores a la recepción del informe de su médico.

Si tu salud lo requiere, solicítanos una decisión de cobertura rápida . A Para obtener una decisión de cobertura rápida , debe cumplir dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido . (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le devuelvan el dinero por un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro médico que le receta medicamentos nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida , automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o del profesional que le receta medicamentos, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida sobre la cobertura . Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura , le enviaremos una carta que:**
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otro prescriptor solicita una decisión de cobertura rápida , automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le informa cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas posteriores a su recepción.

Paso 2 : Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para realizar su solicitud para que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro médico que le recete medicamentos) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico u otro profesional que le recete medicamentos puede enviarnos la declaración por fax o correo postal. O su médico u otro profesional que le recete medicamentos puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o correo postal una declaración escrita, si es necesario.

Paso 3 : Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** siguientes a la recepción de su solicitud.
 - En el caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura que acordamos brindar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué rechazamos nuestra solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud.
 - En el caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindarle la cobertura** que acordamos brindar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** siguientes a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4 : Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si respondemos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa que debe volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan .
Una apelación rápida también se denomina redeterminación acelerada .

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Decide si necesitas una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días naturales. Una apelación rápida suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que le recetará deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2 : Usted, su representante, médico u otro prescriptor deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-833-276-8306 (TTY 711).** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de redeterminación modelo de CMS* , que está disponible en nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/medicare . Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique la razón por la que su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3 : Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar con atención toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otro profesional que le recete medicamentos para obtener más información.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita explicando por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos brindarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de que recibamos su apelación. **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** siguientes a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4 : Si respondemos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, reenviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente de su caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso**.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta brindarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

- *Para apelaciones rápidas:*
 - **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión.
- *Para apelaciones estándar:*
 - **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
 - **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **confirmar la decisión** . También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Le notificaremos su derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- Indicándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4 : Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador. La sección 10 de este capítulo habla más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que deba salir del hospital. Lo ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día en que usted sale del hospital se llama **fecha de alta** .
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán. tú.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada y su solicitud será considerada.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá un aviso escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos.**

Dentro de los dos días calendario de haber sido admitido en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea este aviso con atención y haga preguntas si no lo entiende.** En él se indica lo siguiente:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
 - Firmar el aviso demuestra *únicamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta. Firmar el aviso **no significa que** esté de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Mantenga a mano su copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita .
 - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta.
 - Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices .

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Si desea solicitar que cubramos sus servicios de hospitalización durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso.**
- **Cumplir con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita .** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa de Asistencia de Seguro Médico de su Estado, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y verifica si la fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La **organización de mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puedo contactar con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúa rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad *antes de salir del hospital y a más tardar a la medianoche del día de su alta.*
 - **Si cumple con este plazo,** podrá: permanecer en el hospital *después de* su fecha de alta *sin pagar* mientras espera la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo,** comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta prevista.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día siguiente de que nos contactemos, le enviaremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del Aviso detallado de alta llamando al Departamento de Servicios para miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver una muestra del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores nos comunicaron su apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte que le indicará la fecha de alta prevista. Esta notificación también explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión responde *que sí*, **debemos seguir brindándole su cobertura para pacientes internados. servicios hospitalarios durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que haya limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice que *no*, está diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para su hospitalización**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Los servicios hospitalarios finalizarán al mediodía del día *siguiente a que* la Organización de Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

- Si la organización de revisión responde *que no* a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización de Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad ha rechazado *su* apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que vuelva a analizar su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó *su* apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a examinar con atención toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización revisora dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindándole**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

cobertura Para su paciente hospitalizado atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario .

- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización revisora dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador. La sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1	<i>Esta sección trata únicamente de tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF).</i>
--------------------	--

Cuando recibe **servicios de salud a domicilio cubiertos, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación ambulatoria)** , tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagarla.*

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión** . Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura****Término legal**

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indicará:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitar que sigamos cubriendo su atención médica durante un período de tiempo más largo .
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo demuestra* que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período más prolongado , deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso.**
- **Cumplir con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita .** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa de Asistencia de Seguro Médico de su Estado, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

Paso 1: Realice su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite una apelación acelerada. Debe actuar rápidamente.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Cómo puedo contactar con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúa rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior** a la fecha de vigencia del *Aviso de no cobertura de Medicare* .
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, aún puede tener derecho a apelar. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos por los cuales se termina la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nosotros la **Explicación detallada de no cobertura** que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores responden *afirmativamente* a su apelación, entonces **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en los servicios cubiertos.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores responden que *no* , **su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos indicado.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica domiciliaria, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios del Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después de* esta fecha cuando finaliza su cobertura, entonces **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores responden *negativamente* a su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención médica después de que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que vuelva a analizar la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) *después de* la fecha en la que le dijimos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó *su* apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a examinar con atención toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si la organización revisora dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que le dijimos que su cobertura finalizaría. **Debemos seguir brindándole cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

¿Qué pasa si la organización revisora dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador. La sección 10 de este capítulo habla más sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y más allá

Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos
---------------------	--

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación puede o no terminar** . A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del juez administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador responde que no a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no terminar** .
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 : Medicare El Consejo de Apelaciones (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber terminado**. A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted . Decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no terminar** .

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con dicha apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si aprueba o no* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado alcanza un determinado monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no podrá apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación, se detalla quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado . Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado .**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de nivel 4.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Apelación de nivel 4 El Medicare El Consejo de Apelaciones (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado . Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado .**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le informará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará a quién contactar y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si aprueba o no* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas , como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, se muestran algunos ejemplos de los tipos de problemas que se gestionan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respetando su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso contigo? • ¿No está satisfecho con nuestros servicios para miembros? • ¿Sientes que te están animando a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o está esperando demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O nuestro Servicio de atención al cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o para obtener una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que usted recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Es difícil de entender nuestra información escrita?
<p>Oportunidad (Todos estos tipos de quejas están relacionadas con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, se incluyen algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 11.2 Cómo presentar una queja****Términos legales**

- Una **queja** también se llama **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se llama **presentar una reclamación**.
- **El proceso para presentar quejas** también se denomina **proceso para presentar una reclamación**.
- Una **queja rápida** también se llama **queja acelerada**.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja**Paso 1: Contáctenos lo antes posible, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Servicio de atención al cliente.** Si necesita hacer algo más, el Servicio de atención al cliente se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para miembros. Si necesita hacer algo más, Servicios para miembros se lo informará. Llame al número gratuito 1-833-276-8306 . Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Abrimos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m .
 - Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
 - Elección de salud comunitaria (HMO D-SNP)
 - Departamento de Mejora del Servicio
 - 4888 Loop Central, Suite 600
 - Houston, Texas 77081
 - La queja debe presentarse dentro de los sesenta (60) días posteriores al evento o incidente. Debemos completar la investigación de su queja tan rápidamente como lo requiera su caso en función de su estado de salud, pero a más tardar treinta (30) días después de recibir su queja. Podemos extender el plazo para decidir sobre una queja hasta catorce (14) días si usted solicita la extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y documentamos que la demora es lo mejor para usted.
 - Tiene derecho a presentar una queja acelerada siempre que tomemos la decisión de no conceder su solicitud de acelerar su solicitud de un servicio o sus medicamentos, o su apelación de un servicio o sus medicamentos.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

También tiene derecho a presentar una queja acelerada si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el tiempo necesario para tomar una decisión sobre su solicitud de un servicio o su apelación de un servicio. Para sus quejas aceleradas, debemos decidir dentro de las veinticuatro (24) horas si nuestra decisión de denegar o demorar la toma de una decisión acelerada pone en riesgo su vida o salud y entregarle la notificación a más tardar 24 horas después de la recepción. Cuando se requiere una notificación por escrito para quejas aceleradas, inicialmente podemos proporcionar una notificación verbal de nuestra decisión y debemos entregar una confirmación por escrito de nuestra decisión dentro de los 3 días calendario posteriores a la notificación verbal.

- Un aviso de resolución de quejas le proporcionará una explicación de nuestra investigación y le informará sobre cualquier opción de resolución de disputas que pueda tener.
- Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con el Servicio de atención al cliente de inmediato. Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema sobre el que desea quejarse.
- El **plazo** para presentar una reclamación es de 60 días naturales desde el momento en que usted tuvo el problema sobre el cual desea reclamar.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio o si solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, le daremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema sobre el que se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad
---------------------	---

Cuando su queja sea sobre *la calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización de Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo .**

Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Community Health Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx . También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Como tiene Medicaid, tiene derecho a apelaciones y reclamos relacionados con los beneficios cubiertos por Medicaid. Si necesita ayuda o tiene un problema con un servicio cubierto por Medicaid, consulte su Manual de Medicaid o comuníquese con su plan de salud de Medicaid.

También puede llamar a nuestro Servicio de Atención al Miembro si necesita más información.

CAPÍTULO 10:

*Finalización de su membresía en el
plan*

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Community Health Choice (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Podrías abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* darse de baja. Las secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no elige abandonar el sitio, pero estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede usted cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid
--

- La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, entre ellas:
 - Medicare original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado,
 - Medicare original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la Oficina de Medicaid de su estado para conocer las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción anual** . La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como Período de inscripción abierta anual) . Durante este período, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre** .
- **Elija entre mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Medicare original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado
 - Medicare original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tú tener la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Medicare Advantage Período de inscripción abierta** .

- El **período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también, para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho a la misma.

- **Durante el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancele su inscripción en nuestro plan y obtenga cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente o a la recepción de su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de inscripción en el plan de medicamentos.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, es posible que tenga derecho a cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Es posible que tenga derecho a cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando te has mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus recetas de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).
- **Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de gestión de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los plazos de inscripción varían según tu situación.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados,
- Medicare original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado,
- – *o* – Medicare original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y “Ayuda Adicional”.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llama al Servicio de Atención al Miembro.**
- Encuentre la información en *Medicare & You Manual 2025*.
- Comuníquese **con Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo finalizar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debes hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Community Health Choice (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare original <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare separado 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Community Health Choice (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicare original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos recetados de Medicare <ul style="list-style-type: none"> ○ Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días o más seguidos sin una cobertura de medicamentos recetados válida, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción . Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que le den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le cancelará su inscripción en Community Health Choice (HMO D-SNP) cuando comienza su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de STAR+PLUS (Medicaid) , comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas , número gratuito 1-800-252-8263 , TTY 711 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro . Pregunte cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de STAR+PLUS (Medicaid) .

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.

Hasta que finalice su membresía en Community Health Choice (HMO D-SNP) y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo. Para surtir sus recetas.**
- **Si usted es hospitalizado el día que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).**

SECCIÓN 5 Community Health Choice (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Elección de salud comunitaria (HMO D-SNP) Debe finalizar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Tendrá un período de 6 meses para recuperar el estado de Medicaid requerido. Después de 6 meses, si no tiene el estado de Medicaid requerido o solo QMB, QMB Plus o SLMB Plus, su membresía finalizará.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si usted es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si nos proporciona intencionalmente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera que es perjudicial y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero el permiso de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podrá solicitar al Inspector General que investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare lo cancelará de nuestro plan.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 Nosotros No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

Community Health Choice (HMO D-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debes hacer si esto sucede?

Si siente que se le pide que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare. al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan.

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos de la cancelación de su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento *de Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas en virtud de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

La Sección 1557, la disposición de no discriminación de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA), prohíbe que cualquier proveedor de atención médica que haya recibido fondos del gobierno federal se niegue a tratar a una persona (o discrimine de otro modo a esa persona) por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. La Sección 1557 impone requisitos similares a las compañías de seguros de salud que reciben asistencia financiera federal. Los proveedores de atención médica y las aseguradoras tienen prohibido, entre otras cosas, excluir o tratar de manera adversa a una persona por cualquiera de estas razones prohibidas. La norma final de la Sección 1557 se aplica a los beneficiarios de asistencia financiera del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), los Mercados de Seguros de Salud y los programas de salud administrados por el HHS.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al Servicio para miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, el Servicio para miembros puede ayudarlo.

Capítulo 11 Avisos legales

**SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del
Pagador Secundario de Medicare**

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las normas de CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, Community Health Choice (HMO D-SNP) , como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario de conformidad con las normas de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro Quirúrgico Ambulatorio – Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de brindar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no exceda de 24 horas.

Apelación : una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Período de beneficios : la forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios de un hospital o de un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico : medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Véase también “ **Producto biológico original** ” y “ **Biosimilar** ”).

Biosimilar : producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “ **Biosimilar intercambiable** ”).

Medicamento de marca : medicamento de venta con receta que fabrica y vende la empresa farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya expirado.

Etapas de cobertura catastrófica : la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) : la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de inscripción en función de las múltiples agrupaciones de afecciones comúnmente comorbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro : monto que se le puede solicitar que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Queja : el nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal** . El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas . Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) – Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago (o copago) : monto que se le puede exigir que pague como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Participación en los costos : la participación en los costos se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de la cobertura – Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Medicamentos cubiertos : término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos : término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados válida : cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Atención de custodia : la atención de custodia es la atención personal que se brinda en un hogar de ancianos, un hospicio u otro entorno de instalaciones cuando no se necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. La atención de custodia, brindada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas se brindan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tarifa diaria de participación en los costos : se puede aplicar una tarifa diaria de participación en los costos cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Una tarifa diaria de participación en los costos es el copago dividido por la cantidad de días del suministro de un mes. A continuación, se incluye un ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa diaria de participación en los costos” es de \$1 por día.

Deducible – La cantidad que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Cancelación de la inscripción o cancelación de la inscripción : el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación: tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de llenar una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): un tipo de plan que inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos o todos los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Personas doblemente elegibles : una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME) : determinados equipos médicos que solicita su médico por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Emergencia – A emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia : Servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación : este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción : un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que eximamos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda adicional : un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico : medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Reclamo : un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. Esto no incluye disputas sobre cobertura o pagos.

Asistente de salud a domicilio : persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Hospicio : beneficio que brinda tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, es decir, que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige el hospicio y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Aún

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estancia hospitalaria como paciente internado: una estadía en el hospital cuando Usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se lo considere un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) : si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años, es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial : esta es la etapa anterior a que sus costos de bolsillo para el año alcancen el monto límite de desembolso personal.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

D-SNP integrado : un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Plan institucional para necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés) : un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Estas instalaciones pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), un centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF, por sus siglas en inglés), un centro psiquiátrico para pacientes internados o instalaciones aprobadas por CMS que brinden servicios de atención médica a largo plazo similares que estén cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tengan necesidades y un estado de atención médica similares a los de los otros tipos de instalaciones mencionadas. Un plan institucional para necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con (o ser propietario y operar) la(s) instalación(es) de LTC específicas.

Plan de Necesidades Especiales Equivalente Institucional (SNP, por sus siglas en inglés) : un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectivo y debe ser administrada por una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF, por sus siglas en inglés) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Biosimilar intercambiable : un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos) : una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio para bajos ingresos (LIS) : consulte “Ayuda adicional”.

Programa de descuentos de fabricantes: programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Monto máximo de desembolso personal: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos . Montos que paga por sus Las primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo de desembolso personal. (**Nota**: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de desembolso personal).

Medicaid (o Asistencia Médica): programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica para Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Estadounidenses y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamento necesario : servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare : el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período comprendido entre el 1 de enero y marzo. 31. Los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA) : a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan de pago por servicio privado (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados** .

Plan de costos de Medicare : un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos según la sección 1876(h) de la Ley.

Servicios cubiertos por Medicare : servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de visión, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare : un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes Medicare Cost, planes para necesidades especiales, programas piloto o de demostración y programas de atención integral para personas mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare) : seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) : seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir “vacíos” en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o Miembro del Plan) : Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios para miembros : un departamento dentro de nuestro plan Responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red : una farmacia que tiene contrato con nuestro plan y en la que los miembros pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general que se utiliza para referirse a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que cuentan con licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la organización : decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto Biológico Original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que sirve como punto de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se lo denomina producto de referencia.

Medicare original (Medicare tradicional) o Medicare de pago por servicio) – Medicare original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de montos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red : un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, ni son propiedad de nuestro plan ni están operados por él.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Costos de bolsillo : consulte la definición de costos compartidos que aparece más arriba. El requisito de costos compartidos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costos de bolsillo del miembro.

Umbral de desembolso personal: el monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE : un plan PACE (Programa de atención integral para personas mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de largo plazo (LTSS) para personas frágiles con el fin de ayudarlas a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C – ver Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – El Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D : medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía en la Parte D : monto que se agrega a su prima mensual de cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Si pierde la “Ayuda adicional”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) : un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será más alto cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo por los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima : El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por gastos médicos o medicamentos recetados. cobertura.

Proveedor de atención primaria (PCP) : el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa : aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (QIO) : un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad : herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido .

“Herramienta de beneficios en tiempo real” : portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada sobre el formulario y los beneficios específicos del afiliado. Esto incluye montos de participación en los costos, medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación : estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio : área geográfica en la que debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, también suele ser el área en la que puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se brindan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero o un médico registrado.

Plan de Necesidades Especiales: Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como aquellos que tienen

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia escalonada : una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) – Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los del Seguro Social.

Servicios de urgencia : un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Elección de salud comunitaria (HMO D-SNP) Servicios para miembros

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
LLAMAR	1-833-276-8306 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00 horas, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas . El Servicio de Atención al Miembro también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00 horas, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas .
FAX	1-713-295-7041
ESCRIBIR	Elección de salud comunitaria (HMO D-SNP) Apartado Postal 301413 Houston, Texas 77230-9920 MemberServices@communityhealthchoice.org
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/medicare

Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud de Texas (HICAP)

El Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Método	Información del contacto
LLAMAR	1-800-252-9240
Teléfono de texto	711
ESCRIBIR	Programa de asesoramiento y defensa de la información sanitaria (HICAP) Apartado Postal 149104 Austin, Texas 7814-9030
SITIO WEB	http://tdi.texas.gov/consumer/hicap/index.html

Declaración de divulgación de la PRA Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para

mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

COMMUNITY HEALTH CHOICE (HMO D-SNP)
SEGMENTO 002-001

2025
EVIDENCIA DE
COBERTURA

**Para los condados de Austin, Matagorda,
Waller y Wharton**

CommunityHealthChoice.org/Medicare
833-276-8306 o 713-295-5007 (TTY 711)

**Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y
del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm**