

# 2025 Resumen de BENEFICIOS.

COMMUNITY HEALTH CHOICE (HMO D-SNP) 003

Este resumen de beneficios es para nuestra área de servicio del segmento 003 en los siguientes condados de Texas: Hardin, Jasper, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, y Walker.

1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 5:00 pm

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

H9826\_MK\_10502\_082924\_M

COMMUNITY HEALTH CHOICE 

524-BR006

# Community Health Choice (HMO D-SNP)

## Resumen de beneficios para 2025

### H9826, Plan 002, Segmento 003

Desde el 1.º de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025

**Community Health Choice (HMO D-SNP)** es un plan HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Texas para coordinar sus beneficios de Medicaid. La inscripción en Community Health Choice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada no contiene una lista de todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones ni exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de Cobertura".

Para unirse a **Community Health Choice (HMO D-SNP)**, usted debe:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare.
- Tener derecho a la Parte B de Medicare.
- Vivir en nuestra área de servicio.
- Categorías elegibles de Medicaid de Texas: QMB únicamente, QMB Plus y SLMB Plus.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: **Hardin, Jasper, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, y Walker.**

A excepción de una emergencia o situaciones de urgencia, si utiliza los proveedores que están fuera de nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Para obtener información de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte nuestro manual actual "**Medicare & You**" (Medicare y usted). Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 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.

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos, como braille, letra grande o audio.

Para obtener más información, llámenos sin cargo al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos del 1º 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.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Para obtener más información, también puede visitar nuestro sitio web en [www.communityhealthchoice.org/medicare](http://www.communityhealthchoice.org/medicare).

## Community Health Choice (HMO D-SNP)

Primas y beneficios		Costos compartidos y normas del plan
<b>Prima mensual del plan</b>		Sin prima mensual.
<b>Deducible médico anual</b>		Este plan no tiene un deducible.
<b>Responsabilidad de los montos máximos de bolsillo (no incluye medicamentos con receta)</b>		\$9,150 anuales de proveedores dentro de la red para servicios cubiertos por Medicare. Los niveles QMB únicamente, QMB Plus y SLMB Plus de Medicaid de Texas no pagarán nada por los servicios <b>cubiertos por Medicare</b> . Consulte la sección Texas Medicaid para obtener información sobre los <b>servicios cubiertos por Medicaid</b> .
		Aún deberá pagar costos compartidos para sus medicamentos con receta de la Parte D.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes internados</b>		Copago de \$0 para los días 1 al 90 con hasta 60 días de reserva de por vida <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Servicios hospitalarios ambulatorios/centro de cirugía ambulatoria</b>		Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Consultas al médico</b>	Proveedor de atención primaria	Copago de \$0
	Especialistas	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Servicios de Telesalud	Copago de \$0 para consultas ilimitadas al PCP a través de Teladoc.
<b>Cuidado preventivo</b> (p. ej.: vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes, etc.)		<p>Copago de \$0 que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento</li> <li>Mediciones de la masa ósea (densidad ósea)</li> <li>Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</li> <li>Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y vaginal</li> <li>Prueba de detección de cáncer colorrectal</li> <li>Prueba de detección de la depresión</li> <li>Pruebas de detección de la diabetes</li> <li>Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes</li> <li>Pruebas de detección de glaucoma</li> <li>Prueba de detección de hepatitis C</li> <li>Prueba de detección de VIH</li> <li>Prueba de detección de cáncer de pulmón</li> <li>Mamografías (prueba de detección)</li> <li>Servicios de terapia de nutrición</li> <li>Prueba de detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>Pruebas de detección de cáncer de próstata</li> <li>Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento</li> <li>Vacunas, que incluye la vacuna contra la gripe, la hepatitis B y la antineumocócica</li> <li>Asesoramiento para dejar de fumar</li> <li>Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"</li> </ul>



## Community Health Choice (HMO D-SNP)

Primas y beneficios		Costos compartidos y normas del plan
<b>Cuidado preventivo, continuación</b> (p. ej.: vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes, etc.)		Se cubrirán servicios adicionales que estén aprobados por Medicare. Este plan cubre pruebas de detección de cuidado preventivo y consultas de bienestar anuales cuando las ofrece un proveedor dentro de la red.
<b>Atención de emergencia</b>		Copago de \$0
<b>Servicios de urgencia</b>		Copago de \$0
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorios y diagnósticos por imágenes</b>	Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Servicios de laboratorio	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Tomografía y resonancia magnética	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Radiografías	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Radiología terapéutica	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Servicios de audición de rutina</b>	Examen de audición de rutina	Copago de \$0, se permite un examen de audición de rutina por año
	Audífonos	Asignación de \$1,000 cada año para audífonos de ambos oídos
<b>Servicios de atención dental de rutina</b>	Preventivos	Copago de \$0 para servicios cubiertos (examen, limpieza) dos veces por año calendario; una radiografía por año calendario.
	Integrales	Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare
	Límite de beneficios	Límite de \$4,500 cada año en todos los servicios dentales cubiertos
<b>Servicios de la vista</b>	Exámenes oftalmológicos de rutina	Copago de \$0
	Anteojos	Copago de \$0 todos los años, hasta \$350 para lentes/marcos y lentes de contacto
<b>Servicios de Salud Mental</b>	Consultas de pacientes internados	Copago de \$0 por 190 días: límite de atención de salud mental para pacientes internados por 190 días en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica al límite general del servicio hospitalario para pacientes internados.
	Terapia grupal ambulatoria	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Terapia individual ambulatoria	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Centro Especializado de Enfermería</b>		Copago de \$0 para los días 1 al 100 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Fisioterapia</b>		Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Ambulancia</b>		Copago de \$0 para transporte terrestre y aéreo <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Transporte</b>		Copago de \$0; 48 viajes por año de ida o vuelta a sedes relacionadas con la salud y aprobadas por el plan.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>		Copago de \$0 para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Beneficio de comidas</b>		Copago de \$0; hasta 2 comidas por día durante 7 días después de que haya recibido el alta del hospital.
<b>Línea de asesoramiento de enfermería</b>		Copago de \$0 por acceso a una línea de enfermería las 24 horas del día, los siete días de la semana.

**Community Health Choice (HMO D-SNP)**

Primas y beneficios	Costos compartidos y normas del plan
<b>Artículos de venta libre</b>	<p>Copago de \$0; hasta \$100 cada mes para medicamentos aprobados de venta libre y artículos relacionados con la salud. Los montos que no se utilizan de los medicamentos de venta libre no se transfieren al siguiente mes. Para obtener más información sobre cómo acceder a su beneficio, consulte el prospecto de medicamentos de venta libre, que se le enviará por correo por separado.</p>
<b>Servicios de apoyo a domicilio</b>	<p>Los servicios de apoyo a domicilio son provistos por Papa. Los miembros tienen hasta 48 horas por año para servicios cubiertos.</p> <p>Papa ofrece servicios de apoyo a domicilio con tareas cotidianas para los miembros a cargo de Papa Pals.</p> <p><b>Los servicios cubiertos incluyen:</b></p> <p><b>Servicios de compañía:</b> Los servicios de compañía incluyen pasar tiempo de calidad, jugar a juegos de mesa, compartir recuerdos, disfrutar de una comida, dar un paseo y entablar una buena conversación.</p> <p><b>Tareas domésticas:</b> Los Pals pueden proveer limpieza ligera de superficies, preparación de comidas, organización, seguridad física, jardinería mínima y lavandería.</p> <p><b>Compras en el supermercado:</b> Papa puede ayudar con las compras en el supermercado y la entrega de los productos. Los Pals pasan a buscar a los miembros por su hogar, los llevan al supermercado, les cargan las bolsas de las compras y los llevan de regreso a su casa y descargan las compras.</p> <p><b>Lecciones de tecnología:</b> Papa puede ayudar a los miembros a configurar y utilizar los dispositivos, iniciar sesión en las citas de telesalud y proporcionar asistencia con las redes sociales.</p> <p><b>Transporte social:</b> Proporciona transporte y compañía en casos que no sean de emergencia durante todo el recorrido al destino del miembro, ida y vuelta. Se puede trasladar a los miembros al consultorio del médico, farmacias, centros comunitarios, a hacer mandados y otros lugares sociales.</p> <p><b>Apoyo al cuidador:</b> Nuestro plan es consciente de que cuidar a un ser querido no siempre es fácil. Por ese motivo, nuestro plan ofrece servicios de apoyo a los cuidadores a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de apoyo a domicilio</li> <li>• Ayuda para hacer mandados</li> <li>• Compra de ropa</li> <li>• Preparación de comidas</li> <li>• Cuidado de relevo</li> <li>• Interacciones sociales mediante conexiones religiosas y espirituales</li> <li>• Participación en la comunidad</li> <li>• Entrega de medicamentos recetados</li> </ul>

## Community Health Choice (HMO D-SNP)

**Primas y beneficios**

**Costos compartidos y normas del plan**

### Beneficio complementario especial para personas con enfermedades crónicas

Los servicios de SSBCI son beneficios no relacionados con la salud para las personas con enfermedades crónicas. Los miembros deben tener una afección relacionada con alguna de las siguientes afecciones médicas crónicas.

**Afecciones médicas crónicas elegibles:**

- Dependencia crónica del alcohol y otras drogas
- Trastornos autoinmunes
- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad hepática terminal
- Enfermedad renal terminal (ESRD)
- Trastornos hematológicos graves
- VIH/SIDA
- Trastornos pulmonares crónicos
- Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes
- Trastornos neurológicos
- Accidente cerebrovascular

**Beneficio de Flex Card**

Nuestro plan proporciona hasta \$40 cada mes para el alquiler, los alimentos y los servicios públicos.

Los beneficios son parte del programa especial complementario para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.

**Servicios de apoyo a la autodirección**

Nuestro programa de atención autodirigida ayuda a administrar todos los aspectos de la prestación de atención médica personal.

También ofrecemos servicios de asesoría en relación con programas comunitarios con el objetivo de ayudar con la reparación del hogar, solicitudes de subsidios para facturas de servicios públicos, etc.

Los beneficios son parte del programa especial complementario para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.

**Beneficios para necesidades sociales**

Los miembros elegibles tienen acceso a programas y eventos comunitarios o patrocinados por el plan para atender las necesidades sociales de los afiliados, proporcionándoles educación para adultos, actividades y recursos para promover el bienestar físico, mental y espiritual.

Los beneficios son parte del programa especial complementario para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.

**Community Health Choice (HMO D-SNP)****Medicamentos con receta****De acuerdo con su ingreso y condición institucional, usted paga lo siguiente:**

<b>Etapas 1: deducible de la Parte D</b>		El deducible de la Parte D de la Etapa 1 no se aplica a usted porque obtuvo ayuda adicional de Medicare.
<b>Etapas 2: cobertura inicial</b>	Medicamentos Genéricos	Copago de \$0; o copago de \$1.60; o copago de \$4.90; o coseguro del 25 %
	Todos los demás medicamentos	Copago de \$0; o copago de \$4.80; o copago de \$12.15; o coseguro del 25 %  Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red o en farmacia de envíos por correo al mismo costo.  Si vive en un centro de atención a largo plazo, su costo es el mismo que en una farmacia minorista.
<b>Etapas 3: Cobertura contra catástrofes</b>		En 2025, los costos de bolsillo para los medicamentos ascienden a \$2,000. Después de que los costos de bolsillo para los medicamentos anuales que obtiene en farmacias minoristas o de envíos por correo alcancen los \$2,000, usted no paga nada por todos los medicamentos durante el resto del año.

## Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

Medicaid de Texas o su programa son a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services Commission, HHSC). Consulte su tarjeta de identificación de Medicaid de Texas para obtener información de contacto.

Cuando una persona tiene derecho a contar con Medicare y asistencia médica del plan estatal de Medicaid, se consideran con doble elegibilidad. Como beneficiario con doble elegibilidad, Medicare paga primero sus servicios y luego Medicaid. Su cobertura de Medicaid varía según sus ingresos, recursos y otros factores. Los beneficios pueden incluir beneficios completos de Medicaid y/o el pago del total o parte de sus costos compartidos de Medicare (primas, deducibles, coseguro o copagos).

**A continuación, se presenta una lista de las categorías de cobertura de doble elegibilidad para los beneficiarios que pueden inscribirse en el plan Community Health Choice (HMO D-SNP):**

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Medicaid solo paga montos de sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare. Usted recibe cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **QMB +:** Medicaid paga montos de sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare. Usted recibe cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario especificado con bajos ingresos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga su prima de la Parte B y le proporciona los beneficios completos de Medicaid. Usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid. En ocasiones, también puede optar a una ayuda limitada de su agencia estatal de Medicaid para pagar los montos de los costos compartidos de Medicare. Por lo general, su costo compartido es de 0 % cuando el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Puede haber casos en los que tenga que pagar costos compartidos cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por Medicaid.

Como beneficiario de QMB, QMB+ o SLMB+ inscrito en este plan, su costo compartido es del 0 %, excepto para los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D. (Consulte la tabla de Resumen de Beneficios previa para obtener un resumen de sus beneficios del plan **Community Health Choice (HMO D-SNP)** y las responsabilidades de los costos compartidos).

## Cómo leer el cuadro de beneficios de Medicaid

El cuadro a continuación muestra qué servicios están cubiertos por Medicare y Medicaid. El cuadro se aplica solo si tiene derecho a recibir beneficios conforme a Medicaid de Texas o si recibe beneficios de Medicaid a través de la inscripción en el plan STAR+PLUS HMO.

**Medicaid de Texas cubre los siguientes beneficios si el miembro cumple con todos los requisitos correspondientes.**

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$0 para un máximo de 24 citas por año	Sin cobertura
<b>Servicios de ambulancia</b> (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.



Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Dispositivos de comunicación auxiliar</b> (También conocido como sistema con dispositivo de comunicación aumentativa [Augmentative Communication Device, ACD])	Sin cobertura	Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid puede pagar por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Medición de la masa ósea</b> (Para personas que están en riesgo)	Copago de \$0 para servicios preventivos de Medicare	La prueba de detección de densidad ósea es un beneficio de Medicaid de Texas. Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Copago de \$0 para un máximo de 24 citas por año Es posible que se requiera autorización previa.	El tratamiento quiropráctico manipulativo (Chiropractic manipulative treatment, CMT) que lleva a cabo un quiropráctico certificado por la Junta Estatal de Examinadores Quiroprácticos de Texas es un beneficio de Medicaid de Texas. Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Exámenes de detección colorrectal</b> (Para personas de 45 años y más)	Copago de \$0 para servicios preventivos de Medicare	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Servicios dentales</b> (Para personas que tienen 20 años o menos, o 21 años o más que se encuentran en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales [Intermediate Care Facilities for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF-IID])	Preventivos: Copago de \$0 para servicios cubiertos (examen, limpieza) dos veces por año y una radiografía por año Integrales: Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare Límite de beneficios: Límite de \$4,500 en todos los servicios dentales cubiertos	Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Suministros para diabéticos</b> (Incluye cobertura para las tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección)	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b>	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Elección del médico y hospital</b>	Dentro de la red Debe consultar con médicos, especialistas y hospitales dentro de la red que pueden exigir autorización previa.	Los miembros deben respetar las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital y el médico.
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Proveedor de cuidado primario: Copago de \$0  Especialista: copago de \$0; es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Equipo médico duradero</b> (Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid puede pagar por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Atención de emergencia</b> (Cualquier visita a una sala de emergencias si el miembro tiene un motivo razonable por el cual necesita atención de urgencia).	Copago de \$0	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Enfermedad renal terminal</b>	Copago de \$0	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Capacitación sobre la salud y el bienestar</b> (Asesoramiento en nutrición para niños, sobre dejar de fumar en el caso de mujeres embarazadas y examen anual para adultos)	Copago de \$0; programas para ayudarlo a controlar las afecciones médicas que incluyen capacitación, materiales, asesoramiento y consejos sobre la atención.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Servicios de audición</b>	Copago de \$0, se permite un examen de audición de rutina por año. Asignación de \$1,000 cada año para audífonos de ambos oídos	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Atención médica a domicilio</b> (Incluye atención de enfermería especializada e intermitente, servicios de asistencia médica en el hogar, servicios de enfermería privada y servicios de atención personal que sean médicamente necesarios)	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Centro de cuidados paliativos</b>	Con cobertura conforme a Original Medicare Sin cobertura de Community Health Choice	Medicaid paga por este servicio en el caso de ciertos miembros con exención si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. <i>Nota: Cuando los miembros adultos eligen servicios de cuidados paliativos, renuncian a sus derechos de recibir todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos de recibir servicios de Medicaid que no estén relacionados con su enfermedad terminal.</i>
<b>Vacunas</b>	Copago de \$0 para servicios preventivos de Medicare que incluyen vacunas contra la gripe y otras más.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Servicios de hospitalización</b>	Copago de \$0 para los días 1 al 90 Es posible que se requiera autorización previa.	Las internaciones en el hospital son un beneficio cubierto. Medicaid paga coseguros, copagos y deducibles para los servicios cubiertos de Medicare. Los miembros deben respetar las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Cuidado de Salud Mental para Pacientes Internados</b>	Copago de \$0 por 190 días: límite de atención de salud mental para pacientes internados por 190 días en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental que se brindan en un hospital general.	<p>Las internaciones en hospitales psiquiátricos son un beneficio cubierto para los miembros menores de 21 años y de 65 años en adelante. Las internaciones en hospitales para recibir atención médica aguda para tratamiento psiquiátrico son un beneficio cubierto para los miembros de 21 a 64 años, de conformidad con el Código Federal de Regulaciones, 42 CFR §438.6(e), si bien las organizaciones de cuidado administrado (Managed Care Organization, MCO) de Medicaid pueden decidir cubrir internaciones en centros psiquiátricos en lugar de hospitales de atención aguda. Medicaid paga coseguros, copagos y deducibles para los servicios cubiertos de Medicare.</p> <p>Los miembros deben respetar las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
<b>Mamografías (prueba de detección anual)</b>	Copago de \$0 para servicios preventivos de Medicare	<p>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<b>Prima mensual</b>	Sin prima mensual del plan La prima de la Parte B de Medicare se puede cubrir de acuerdo con su nivel de elegibilidad para Medicaid.	La asistencia de Medicaid con pago de primas puede variar de acuerdo con su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<b>Dispositivos protésicos y ortopédicos</b> (Incluyen aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	<p>Desde el nacimiento del miembro hasta los 20 años (Programa de atención integral [Comprehensive Care Program, CCP]), Medicaid puede pagar por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>Medicaid paga prótesis de mamas para los miembros de todas las edades si no están cubiertas por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>



Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Atención ambulatoria de salud mental</b>	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid puede pagar por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Servicios de rehabilitación ambulatoria</b>	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Desde el nacimiento del miembro hasta los 20 años, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Los servicios de fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST) son beneficios de Medicaid de Texas para el tratamiento a corto plazo médicamente necesario de una afección médica aguda o una exacerbación aguda de una afección médica crónica para miembros de 20 años y más. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Servicios/cirugías para pacientes ambulatorios</b>	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid puede pagar por ciertos servicios quirúrgicos si no están cubiertos por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Trastorno por consumo de sustancias de pacientes ambulatorios</b> (Asesoramiento, tratamiento/desintoxicación ambulatorios y tratamiento asistido con medicamentos [Medication-Assisted Treatment, MAT])	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid puede pagar por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Prueba de Papanicolaou y exámenes pélvicos</b> (Para mujeres)	Copago de \$0 para servicios preventivos de Medicare	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Servicios de podiatría</b>	Copago de \$0; únicamente para servicios cubiertos por Medicare, daño neurológico relacionado con la diabetes o tratamiento médicamente necesario para lesiones o enfermedades en los pies.	Medicaid puede pagar por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Se aplican limitaciones.

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Medicamentos con receta</b>	<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare: Copago de \$0 para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B. Es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>Medicamentos de la Parte D de Medicare:</p> <p>Genérico: Copago de \$0; o copago de \$1.60; o copago de \$4.90; o coseguro del 25 %.</p> <p>Otros: Copago de \$0; o copago de \$4.80; o copago de \$12.15; o coseguro del 25 %.</p>	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare. Medicaid no cubrirá ningún medicamento de la Parte D de Medicare.
<b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b>	Copago de \$0 para servicios preventivos de Medicare	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b> (En un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)	<p>Copago de \$0 para los días 1 al 100</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>
<b>Servicios de telemedicina</b>	Sin cobertura	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Transporte</b> (De rutina)	Copago de \$0; 48 viajes por año de ida o vuelta a sedes relacionadas con la salud y aprobadas por el plan.	<p>Medicaid paga los servicios de transporte médico que no es de emergencia (NEMT) definidos como servicios relacionados con el transporte que no sean de emergencia disponibles en el plan estatal de Medicaid.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.</p>
<b>Atención médica de urgencia</b> (Esto NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, se encuentra fuera de área de servicio).	Copago de \$0	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Servicios de la vista</b>	Copago de \$0 para exámenes oftalmológicos de rutina; copago de \$0 todos los años, hasta \$350 para lentes/marcos y lentes de contacto	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare. Los servicios de un optometrista se limitan a ajustes y la provisión de anteojos y lentes de contacto médicamente necesarios.

**SERVICIOS ADICIONALES DE MEDICAID DE TEXAS (no cubiertos por Community Health Choice [HMO D-SNP])** Para obtener más información, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) de Texas al 1-877-541-7905; los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD	
Aquellas personas que cumplan con los requisitos para QMB y también los criterios económicos para una cobertura completa de Medicaid pueden ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid que no estén cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de exención de Medicaid. Los servicios de exención se limitan a personas que cumplen con criterios adicionales de elegibilidad para exención de Medicaid.	
<b>Exención de los servicios de apoyo y asistencia para vivir en la comunidad (Community Living Assistance and Support Services, CLASS)</b>	Se puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en el siguiente sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. <a href="https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/community-living-assistance-support-services-class">https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/community-living-assistance-support-services-class</a> . Para obtener más información, póngase en contacto con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).
<b>Exención para sordos y ciegos con múltiples discapacidades (Deaf Blind with Multiple Disabilities, DBMD)</b>	Se puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en el siguiente sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. <a href="https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd">https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd</a> . Para obtener más información, póngase en contacto con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).
<b>Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (Home and Community-based Services, HCS)</b>	Se puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en el siguiente sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. <a href="https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/home-community-based-services-hcs">https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/home-community-based-services-hcs</a> . Para obtener más información, póngase en contacto con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).
<b>Programa para niños con dependencia médica (Medically Dependent Children Program, MDCP)</b>	Se puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en el siguiente sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: <a href="https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp">https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp</a> . Para obtener más información, póngase en contacto con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).

## SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD

<b>Programa STAR+PLUS</b> (gestionado conforme a la exención del programa de transformación de la atención médica y mejora de la calidad de Texas)	Se puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en el siguiente sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. <a href="https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/programs/starplus">https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/programs/starplus</a> . Para obtener más información, póngase en contacto con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).
<b>Exención doméstica de Texas</b> (Texas Home Living Waiver, TxHmL)	Se puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en el siguiente sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. <a href="https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml">https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml</a> . Para obtener más información, póngase en contacto con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.





**COMMUNITY  
HEALTH CHOICE**  
COMMUNITY CARES.

