



2021 Community Health Choice (HMO D-SNP)

EVIDENCIA DE COBERTURA

Texas: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jasper, Jefferson, Liberty, Matagorda, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller, y Wharton

CommunityHealthChoice.org/Medicare

833.276.8306 o 713.295.5007 (TTY 711) 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



Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2021

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos con receta como miembro de Community Health Choice HMO D-SNP

En este folleto se brinda información sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Se explica cómo obtener la cobertura de los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, Community Health Choice HMO D-SNP, es ofrecido por Community Health Choice Texas, Inc. (Cuando en la *Evidencia de cobertura* se hace referencia a "nosotros", "nos" o "nuestro/a", significa. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", significa Community Health Choice HMO D-SNP).

Este documento está disponible en español de manera gratuita.

Para obtener información adicional, llame a Servicios para Miembros al (833) 276-8306 sin cargo o mediante una llamada local al (713) 295-5007. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada. Comuníquese con Community si necesita esta información en otro idioma o formato (braille, tamaño de letra grande o cintas de audio).

Es probable que los beneficios y los coseguros cambien el 1.º de enero de 2022.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Evidencia de cobertura de 2021**Índice**

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si desea obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo.

Encontrará una lista detallada de temas al principio de cada capítulo.

Capítulo 1.	Primeros pasos como miembro	5
	Se explica lo que significa pertenecer a un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Se informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.	
Capítulo 2.	Números de teléfono y recursos importantes	20
	Se le indica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Community Health Choice HMO D-SNP) y con otras organizaciones como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para el Mejoramiento de Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas de bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.	
Capítulo 3.	Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos	41
	Se explican los temas importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre estos, se incluyen el uso de los proveedores de la red del plan y cómo recibir atención en caso de emergencia.	
Capítulo 4.	Tabla de beneficios (lo que está cubierto)	59
	Se brindan detalles sobre los tipos de atención médica que están cubiertos y los que <i>no</i> según su plan. Se explica cuánto pagará como su parte del costo de la atención médica cubierta.	
Capítulo 5.	Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D.....	103
	Se explican las pautas que debe seguir al recibir los medicamentos de la Parte D. Se le indica cómo usar la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. También se le informa qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos. Se explican varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Se explica dónde se surten las recetas. Se informa sobre los programas del plan para la seguridad y el manejo de los medicamentos.	

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D medicamentos con receta de la Parte D	125
Se informa sobre las dos etapas de la cobertura de medicamentos (<i>Etapas del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</i>) y cómo estas etapas afectan lo que paga por sus medicamentos.	
Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos	142
Se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiera solicitarnos el reembolso de sus servicios o medicamentos cubiertos.	
Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades	150
Se explican los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Se indica lo que puede hacer si cree que sus derechos no se respetan.	
Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	162
Se informa el paso a paso de lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none"> • Se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y realizar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos con receta que cree que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o restricciones adicionales de su cobertura de medicamentos con receta y pedirnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto. • Se explica cómo presentar quejas sobre la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes. 	
Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan	224
Se explica cuándo y cómo puede cancelar su membresía en el plan. Se explican las situaciones en las que se requiere que nuestro plan cancele su membresía.	
Capítulo 11. Avisos legales	235
Se incluyen avisos sobre la legislación vigente y la no discriminación.	
Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes.....	239
Se explican los términos clave que se usan en este folleto.	

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción	6
Sección 1.1	Está inscrito en Community Health Choice HMO D-SNP, que es un plan Medicare Advantage especializado (plan para necesidades especiales)	6
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto de la <i>Evidencia de cobertura</i> ?.....	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	8
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué son las Partes A y B de Medicare?	8
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?.....	8
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para Community Health Choice HMO D-SNP	9
Sección 2.5	Ciudadano estadounidense o presencia legal.....	11
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales le proporcionaremos?.....	11
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener toda la atención médica y los medicamentos con receta cubiertos	11
Sección 3.2	<i>Directorio de proveedores</i> : su guía de todos los proveedores de la red del plan	12
Sección 3.3	<i>Directorio de farmacias</i> : su guía de las farmacias de nuestra red	13
Sección 3.4	<i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan.....	13
Sección 3.5	<i>Explicación de beneficios de la Parte D ("EOB de la Parte D")</i> : brinda un informe como un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D	14
SECCIÓN 4	Su prima mensual de Community Health Choice HMO D-SNP	14
Sección 4.1	¿Cuál es el costo de la prima de su plan?	14
Sección 4.3	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	16
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	16
Sección 5.1	Como ayudar a asegurarnos de que tenemos información precisa sobre usted	16
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información personal de salud	17
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida.....	17
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?.....	17

SECCIÓN 1 Introducción

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

Cuenta con cobertura tanto de Medicare como de Medicaid:

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

Usted eligió obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta a través de nuestro plan, Community Health Choice HMO D-SNP.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Community Health Choice HMO D-SNP es un plan Medicare Advantage especializado (un "Plan para 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 creado específicamente para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a la asistencia de Medicaid.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid con su costo compartido de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le proporciona otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que normalmente no están cubiertos por Medicare. Además, recibirá "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. *Community Health Choice HMO D-SNP* le ayudará a administrar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia de pago a la que tiene derecho.

Community Health Choice HMO D-SNP es administrado por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nos complace proporcionarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos con receta.

La cobertura de este Plan califica como Cobertura calificada de salud (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS): www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Sección 1.2 ¿De qué se trata el folleto de la *Evidencia de cobertura*?

En este folleto de la *Evidencia de cobertura*, se le informa cómo obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta a través de nuestro plan. Se explican sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y el monto que debe pagar como miembro del plan.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" hacen referencia a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta que dispone como miembro de Community Health Choice HMO D-SNP.

Es importante que conozca las normas del plan y los servicios que tiene a su disposición. Le recomendamos que lea este folleto de la *Evidencia de cobertura*.

Si no entiende algo, tiene alguna inquietud o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***Forma parte del contrato que tenemos con usted.**

La *Evidencia de cobertura* forma parte del contrato que tenemos con usted acerca de cómo Community Health Choice HMO D-SNP cubre su atención. Otras partes de este contrato abarcan su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y todos los avisos que reciba de nosotros sobre los cambios en su cobertura o las condiciones que afecten su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que está inscrito en Community Health Choice HMO D-SNP entre el 1.º de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y los beneficios de Community Health Choice HMO D-SNP después del 31 de diciembre de 2021. Además, podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, luego del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años.

Todos los años, Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar a Community Health Choice HMO D-SNP. Puede continuar con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre que decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare (en la Sección 2.2, se informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.4 a continuación, se describe nuestra área de servicio).
- Sea un ciudadano de los Estados Unidos o esté autorizado legalmente para residir en los Estados Unidos.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Para tener en cuenta: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los tres meses, aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se le brinda información acerca de la cobertura y el costo compartido durante un período que se considera de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿Qué son las Partes A y B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre los servicios que cubre la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios proporcionados por los hospitales (para servicios para pacientes internados, centros especializados de enfermería o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los otros servicios médicos (como servicios de médicos, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipos médicos duraderos [Durable Medical Equipment, DME] y suministros).

Sección 2.3 ¿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 ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

están cubiertos y el costo de estos. Los estados también pueden decidir cómo llevar a cabo su programa, siempre y cuando sigan las pautas federales.

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

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

Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan para Community Health Choice HMO D-SNP
--------------------	--

Si bien Medicare es un programa federal, Community Health Choice HMO D-SNP solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar como miembro de nuestro plan, debe seguir 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	Jasper	Polk
Brazoria	Jefferson	San Jacinto
Chambers	Liberty	Tyler
Fort Bend	Matagorda	Walker
Galveston	Montgomery	Waller
Hardin	Newton	Wharton
Harris	Orange	

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro



Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir como miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en su nuevo estado.

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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 de dirección postal. Los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social se encuentran en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o presencia legal

Los miembros del plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los Estados Unidos o tener presencia legal en dicho país. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a Community Health Choice HMO D-SNP si no es elegible para permanecer como miembro por este motivo. Community Health Choice HMO D-SNP debe cancelar su inscripción en el caso de no cumplir con este requisito.

Sección 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener toda la atención médica y los medicamentos con receta cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía de nuestro plan siempre que obtenga cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que adquiera en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. La siguiente es una muestra de la tarjeta de membresía para enseñarle cómo será la suya:



Recibirá su tarjeta de membresía del plan por separado, con una carta en la que se detalla la información de esta tarjeta.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Community Health Choice HMO D-SNP, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí se explica por qué es tan importante esto: si obtiene los servicios cubiertos al utilizar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de Community Health Choice HMO D-SNP mientras es miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo total usted mismo.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros y le enviaremos una nueva tarjeta. (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2	<i>Directorio de proveedores: su guía de todos los proveedores de la red del plan</i>
--------------------	--

En el *Directorio de proveedores*, se enumeran los proveedores de la red y los suministradores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, suministradores 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. Hemos acordado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de los proveedores y suministradores también está disponible en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare.

¿Por qué es necesario saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red, ya que, salvo algunas excepciones, mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando se encuentra fuera del área), 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. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarla a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede pedirle a los Servicios para Miembros más información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas sus calificaciones. También puede ver el Directorio de proveedores en www.communityhealthchoice.org/Medicare, o descargarlo de este sitio

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

web. Tanto los Servicios para Miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

Sección 3.3 *Directorio de farmacias: su guía de las farmacias de nuestra red***¿Qué son las "farmacias de la red"?**

Las farmacias de la red son todas las farmacias que acordaron surtir las recetas de los medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué es necesario saber acerca de las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Se encuentra disponible una versión actualizada del Directorio de farmacias en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare. Puede llamar a los Servicios para Miembros para obtener información actualizada acerca de los proveedores o solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Consulte el Directorio de farmacias de 2021 para saber cuáles farmacias se encuentran en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede llamar a los Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare.

Sección 3.4 *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*

El plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos (Formulario). La denominamos "Lista de medicamentos" para abreviar. Se indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Community Health Choice HMO D-SNP. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. En la Lista de medicamentos se informa cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

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 aprobó Community Health Choice HMO D-SNP. En la Lista de medicamentos, también se indica si hay alguna norma que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Dicha lista incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan 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 esta Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o comuníquese con los Servicios para Miembros para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

(www.communityhealthchoice.org/Medicare) o llamar a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5	<i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> ("EOB de la Parte D"): brinda un informe con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D
--------------------	---

Cuando utilice los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y a llevar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D. Este resumen se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la "EOB de la Parte D").

En la *Explicación de beneficios de la Parte D*, se indica el monto total que usted, u otras personas en su nombre, han gastado en sus medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con la persona autorizada a dar recetas sobre estas opciones de costos más bajos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), se brinda más información sobre la *Explicación de beneficios* y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Además, puede solicitar un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 **Su prima mensual de Community Health Choice HMO D-SNP**

Sección 4.1	¿Cuál es el costo de la prima de su plan?
--------------------	--

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para Community Health Choice HMO D-SNP.

En algunos casos, la prima de su plan podría ser mayor.

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser superior al monto indicado anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque tuvieron un período continuo de más de 63 días en el que no tuvieron una cobertura "acreditable" de medicamentos con receta. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D.

- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa más de 63 días seguidos sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta.
- Si se le exige que pague la multa por inscripción tardía en la Parte D, el costo de dicha multa depende del tiempo que haya pasado sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó 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 la prima de la Parte A (si no califica para esto automáticamente) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años, supera un monto determinado, usted pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Si tiene que pagar un monto adicional, Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que le indicará cuál será dicho monto. Si sucedió algo que cambió su vida e hizo que sus ingresos disminuyeran, puede solicitarle al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si se le exige que pague el monto adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan.**
- Además, puede visitar el sitio web en www.medicare.gov o 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. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare & You 2021* (Medicare y usted 2021) brinda información sobre estas primas en la sección denominada "Costos de Medicare para 2021". Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare & You* (Medicare y usted) cada año en otoño. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el mes siguiente a su inscripción. Además, pueden descargar una copia de *Medicare & You 2021* (Medicare y usted 2021) desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono 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 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No se nos permite empezar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. No se nos permite 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 comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a asegurarnos de que tenemos información precisa sobre usted

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costo compartido para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la compensación de trabajadores o Medicaid).
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad civil, como demandas por un accidente automovilístico.
- Si ingresó en una residencia de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o de la red.
- Si cambia a la persona responsable designada (tal como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si cambia alguna de esta información, háganoslo saber al comunicarse con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social se encuentran en la Sección 5 del Capítulo 2.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga

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 los beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se detalla cualquier otra cobertura de seguro médico o medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si no lo es o tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus historias clínicas y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información personal de salud, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal del empleador), existen normas establecidas por Medicare que determinan si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se denomina "pagador primario" y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, denominado "pagador secundario", solo paga en el caso de haber costos que no cubre la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no están cubiertos.

Estas normas se aplican a la cobertura de los planes de salud grupal del empleador o del sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de empleados de su

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

empleador y de si usted tiene Medicare en función de la edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):

- Si tiene menos de 65 años, sufre una discapacidad y usted o un familiar siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene más de 100 empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene más de 20 empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con cada tipo:

- seguro sin atribución de culpabilidad (incluido el seguro para automóviles)
- Responsabilidad (incluido el seguro para automóviles)
- cobertura por neumoconiosis del minero
- compensación de trabajadores

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

Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que necesite dar 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.

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 ponerse en contacto con nosotros, incluida la forma de comunicarse con Servicio para Miembros en el plan) Error! Bookmark not defined.
- SECCIÓN 2** **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) Error! Bookmark not defined.
- SECCIÓN 3** **Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) Error! Bookmark not defined.
- SECCIÓN 4** **Organización para el Mejoramiento de Calidad** (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare)..... Error! Bookmark not defined.
- SECCIÓN 5** **Seguro Social**..... Error! Bookmark not defined.
- SECCIÓN 6** **Medicaid** (programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados) Error! Bookmark not defined.
- SECCIÓN 7** **Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta** Error! Bookmark not defined.
- SECCIÓN 8** **Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios....** Error! Bookmark not defined.

SECCIÓN 1 Contactos de Community Health Choice HMO D-SNP (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida la forma de comunicarse con Servicio para Miembros en el plan)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a los Servicios para Miembros de Community Health Choice HMO D-SNP. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	(833) 276-8306 sin cargo o mediante una llamada local al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada. Además, Servicio para Miembros dispone de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	713-295-7041
ESCRIBA A	Member Services P.O. Box 301413 Houston, TX 77230
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

Cómo comunicarse con nosotros al solicitar una decisión de cobertura 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. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica: información de contacto
LLAME AL	(833) 276-8306 sin cargo o mediante una llamada local al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	713-295-7033
ESCRIBA A	Appeals & Grievances 2636 South Loop West, Suite 125 Houston, TX 77054
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y la modificación de una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones de atención médica: información de contacto
LLAME AL	(833) 276-8306 sin cargo o mediante una llamada local al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	713-295-7033
ESCRIBA A	Appeals & Grievances 2636 South Loop West, Suite 125 Houston, TX 77054
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

Cómo comunicarse con nosotros al presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores de la red, incluida una queja acerca de la calidad de su atención. Este tipo de queja no contempla las disputas por cobertura o pago. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	(833) 276-8306 sin cargo o mediante una llamada local al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	713-295-7033
ESCRIBA A	Service Improvement Department 2636 South Loop West, Suite 125 Houston, TX 77054
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, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros al solicitar una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por los medicamentos con receta que están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	(833) 276-8306 sin cargo o mediante una llamada local al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	713-295-7033
ESCRIBA A	Appeals & Grievances 2636 South Loop West, Suite 125 Houston, TX 77054
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

Cómo comunicarse con nosotros al presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

La apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y la modificación de una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	(833) 276-8306 sin cargo o mediante una llamada local al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	713-295-7033
ESCRIBA A	Appeals & Grievances 2636 South Loop West, Suite 125 Houston, TX 77054
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

Cómo comunicarse con nosotros al presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de nuestras farmacias de la red, incluida una queja acerca de la calidad de su atención. Este tipo de queja no contempla las disputas por cobertura o pago. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	(833) 276-8306 sin cargo o mediante una llamada local al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	713-295-7033
ESCRIBA A	Service Improvement Department 2636 South Loop West, Ste. 125 Houston, Texas 77054
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, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Para obtener más información sobre las situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de una factura que recibió por medicamentos o servicios médicos cubiertos*).

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

Método	Solicitud de pagos: información de contacto
LLAME AL	(833) 276-8306 sin cargo o mediante una llamada local al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
TTY	711. Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	
ESCRIBA A	Claims Payment Request P.O. Box 301404 Houston, TX 77230-1404
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

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

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de más de 65 años, algunas personas menores de 65 años que sufren discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa 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 denominado "CMS"). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con trastornos auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Brinda información actualizada sobre Medicare y las cuestiones actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares para ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Asimismo, puede encontrar las vías de contacto de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre la condición de elegibilidad para Medicare.• Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo</i> aproximado de sus gastos de bolsillo en los diferentes planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede usar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga con respecto a Community Health Choice HMO D-SNP:</p> <ul style="list-style-type: none">• Infórmele 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, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p>Si no tiene una computadora, la biblioteca local o el centro para personas mayores pueden ayudarle a ingresar a este sitio web con su computadora. O bien, puede llamar a Medicare e informarles sobre la información que busca. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (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>

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 sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Defensa de Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

HICAP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de HICAP pueden atender las preguntas o los problemas que tenga con respecto a Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, presentar reclamos sobre su tratamiento o atención médica y solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Además, los asesores de HICAP pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Programa de Asesoramiento y Defensa de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	711
ESCRIBA A	Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, TX 7814-9030
SITIO WEB	www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/index.html

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare)

Existe una Organización para el Mejoramiento de Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Texas, dicha organización se denomina KEPRO - Organización para el Mejoramiento de Calidad de Texas.

KEPRO - Organización para el Mejoramiento de Calidad de Texas tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. KEPRO - Organización para el Mejoramiento de Calidad de Texas es una organización independiente. No tiene relación con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO - Organización para el Mejoramiento de Calidad de Texas en caso de que se presente alguna de estas situaciones:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de atención que ha recibido.
- Si cree que la cobertura de su internación en el hospital finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de los servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	KEPRO - Organización para el Mejoramiento de Calidad de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-888-315-0636 Horario de atención de la línea de ayuda: Días de semana: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar central Fines de semana y feriados: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora estándar central
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con trastornos auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Rock Run Center, Suite 100 5700 Lombardo Center Dr. Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y tramitar la inscripción para Medicare. Son elegibles para Medicare los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan más de 65 años, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertas condiciones. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. En caso de no hacerlo, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social se encarga del proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

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

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que llame al Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para escuchar la información que ya está grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con trastornos auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 **Medicaid** (programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados)

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

Además, existen programas ofrecidos a través de Medicaid que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB): ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).

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

Método	Programa de Medicaid de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-877-787-8999 El horario es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora estándar central).
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	www.hhsc.state.tx.us/ombudsman/

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas con el servicio o la facturación. Pueden ayudarle a presentar un reclamo o una apelación a nuestro plan.

Método	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-877-787-8999 El horario es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora estándar central).
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 P.O. Box 13247 Austin, TX 7811-3247
SITIO WEB	www.hhsc.state.tx.us/ombudsman/

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares para ancianos y a resolver problemas entre dichos hogares y los residentes o sus familias.

Método	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto
LLAME AL	1-800-252-2412 El horario es de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora estándar central).
TTY	711
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	https://www.dads.state.tx.us/news_info/ombudsman/

SECCIÓN 7 Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

Debido a que es elegible para Medicaid, califica y recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. No es necesario que haga nada más para obtener esta "Ayuda adicional".

Si tiene alguna pregunta sobre la "Ayuda adicional", llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- A la Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 7 a. m. y las 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o a
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (Consulte la sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

Si cree que paga un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su medicamento en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya la tiene, para proporcionárnosla.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- Los beneficiarios pueden comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar asistencia en la obtención de la mejor evidencia disponible (Best Available Evidence, BAE) y para proveerla.

Cuando se comunique con nosotros, verificaremos si existe una discrepancia y/o si podemos resolverla en relación con su ayuda adicional en función de la información a la que tenemos acceso. En algunos casos, es posible que tengamos que solicitarle que nos proporcione documentación en caso de tenerla disponible. Si no la tiene, intentaremos verificar el estado de su ayuda adicional a través de canales de comunicación y de acuerdo con la guía establecida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

- Los documentos que se enumeran a continuación son válidos a efectos de establecer el nivel correcto de ayuda adicional y la fecha de entrada en vigor para las personas que deben considerarse elegibles para recibir el Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS). Todos estos documentos deben mostrar que la persona era elegible para Medicaid durante un mes después de 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 entrada en vigor, no se aceptará como una forma de BAE.
 - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo de Medicaid
 - Una copia impresa del expediente de inscripción electrónica estatal que muestre 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 muestre el estado de Medicaid
 - Una carta de la Administración del Seguro Social (SSA) que muestre que la persona recibe el Ingreso suplementario del Seguro (SSI); o
 - Una solicitud presentada por una persona "considerada elegible" que confirme 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, asesor, representante, familiar u otra persona que actúe en nombre del beneficiario para demostrar que está internado o, a partir de una fecha especificada por el secretario, pero no antes del 1.º de enero del 2012, es una persona que recibe servicios domiciliarios y comunitarios (Home and Community Based Services, HCBS) y no goza de costos compartidos:
 - Un aviso de pago de la institución que muestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre de la persona a la institución durante 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 de internación de esa persona en función de un período de internación de al menos un mes calendario completo a efectos de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - Con vigencia a partir de la fecha especificada por el secretario, pero no antes del 1.º de enero del 2012, una copia de:

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- Una notificación de acción, notificación de determinación o notificación de inscripción emitida por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad para HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Un plan de servicio de HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigor que comience durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigor que comience durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre la condición de elegibilidad para HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior; o
 - Un documento emitido por el estado, como un aviso de pago, que confirme el pago para HCBS, que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento en la farmacia. Si paga un copago de más, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su sobrepago o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y contabiliza su copago como una deuda suya, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos efectuar el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa que ofrezca cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda adicional"), aun así obtendrá un 70 % de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. Tanto el 70 % de descuento como el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar su vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas. Nota: Para ser elegible para el ADAP que se gestiona en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, incluidos el comprobante de residencia estatal y estado del VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado, y estado sin seguro o infraseguro.

Si actualmente está inscrito en ADAP, puede continuar brindándole asistencia de costo compartido para los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta ayuda, notifique al empleado local de inscripción en ADAP sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.

Texas HIV State Pharmacy Assistance Program
Post Office Box 149347
MC1873
Austin, Texas 78714-9347
www.dshs.texas.gov/hivstd/meds

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

¿Qué pasa si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos con receta?

¿Puede acceder a los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si recibe "Ayuda adicional", el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura de Medicare no resulta aplicable en su caso. Si recibe "Ayuda adicional", ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos con receta durante el período sin cobertura.

¿Qué sucede si no adquiere un descuento y cree que debería obtenerlo?

Si cree que ha llegado a la etapa del período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próxima notificación de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe ponerse en contacto con nosotros para asegurarse de que su historial de medicamentos con receta sea correcto y esté actualizado. Si no estamos de acuerdo en que se le debe un descuento, puede presentar una apelación. Puede obtener ayuda para presentar una apelación a través del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono figuran en la Sección 3 de este capítulo) o si llama 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.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta en función de la necesidad económica, la edad, la afección médica o las discapacidades. Cada estado tiene diferentes normas relativas a la provisión de cobertura de medicamentos para sus miembros.

En Texas, los programas estatales de asistencia farmacéutica son el Programa del Cuidado de la Salud del Riñón (Kidney Health Care Program, KHC) (solo asistencia para pacientes con ESRD) y el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas.

Método	Programa del Cuidado de la Salud del Riñón de Texas (KHC): información de contacto
LLAME AL	1-800-222-3986 Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora estándar central) Teléfono local del área de Austin 512-776-7150
ESCRIBA A	Kidney Health Care MC 1938 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347 khc@hhsc.state.tx.us
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

Método	Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para el VIH de Texas (SPAP): información de contacto
LLAME AL	1-800-255-1090 De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. De lunes a viernes.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con trastornos auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Texas HIV Medication Program ATTN: MSJA, MC 1873 Post Office Box 149347 Austin, Texas 78714-9347 Dirección de correo electrónico hivstd@dshs.texas.gov
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe su cobertura de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona "0", puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios 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", puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la Junta de Jubilación para Ferroviarios y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con trastornos auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	<p>https://rrb.gov/</p>

CAPÍTULO 3

*Cómo utilizar la cobertura del plan para
sus servicios médicos y otros servicios
cubiertos*

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- SECCIÓN 1** **Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan**Error! Bookmark not defined.
- Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?**Error! Bookmark not defined.**
- Sección 1.2 Normas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan **Error! Bookmark not defined.**
- SECCIÓN 2** **Utilice los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios**.....Error! Bookmark not defined.
- Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinde y supervise su atención **Error! Bookmark not defined.**
- Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede obtener sin la aprobación previa de su PCP? **Error! Bookmark not defined.**
- Sección 2.3 Cómo obtener atención de médicos especialistas y otros proveedores de la red **Error! Bookmark not defined.**
- Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red..... **Error! Bookmark not defined.**
- SECCIÓN 3** **Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante una catástrofe**.....Error! Bookmark not defined.
- Sección 3.1 Cómo obtener atención médica si tiene una emergencia médica ...**Error! Bookmark not defined.**
- Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios **Error! Bookmark not defined.**
- Sección 3.3 Cómo obtener atención durante una catástrofe..... **Error! Bookmark not defined.**
- SECCIÓN 4** **¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?**.....Error! Bookmark not defined.
- Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de los servicios cubiertos **Error! Bookmark not defined.**
- Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios? **Error! Bookmark not defined.**
- SECCIÓN 5** **¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"?**.....Error! Bookmark not defined.
- Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? **Error! Bookmark not defined.**
- Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga por ello? **Error! Bookmark not defined.**

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 6 Normas para obtener cobertura de atención en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de salud". ...Error! Bookmark not defined.

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de salud?**Error! Bookmark not defined.**

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de salud **Error! Bookmark not defined.**

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duraderoError! Bookmark not defined.

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?..... **Error! Bookmark not defined.**

SECCIÓN 8 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimientoError! Bookmark not defined.

Sección 8.1 ¿Qué beneficios relacionados con el oxígeno le corresponden?.....**Error! Bookmark not defined.**

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?..**Error! Bookmark not defined.**

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare? .**Error! Bookmark not defined.**

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explica lo que debe saber sobre el uso del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Se proporcionan definiciones de términos y se explican las normas que deberá seguir para obtener los tratamientos y servicios médicos y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica y otros servicios están cubiertos por nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, utilice el cuadro de beneficios del siguiente capítulo, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

A continuación, se presentan algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender cómo obtener la atención y los servicios que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **"proveedores"** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otras instituciones de atención médica.
- Los **"proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tengan un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos acordado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando acude 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 y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se enumeran en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Como plan de salud de Medicare, Community Health Choice HMO D-SNP debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare que figuran en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Por lo general, Community Health Choice HMO D-SNP cubrirá su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de beneficios del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son indispensables para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Cuenta con un proveedor de atención primaria de la red (Primary Care Provider, PCP) que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - No se requieren derivaciones de su PCP para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no estará cubierta la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Las siguientes, son tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para saber qué significan los servicios de emergencia o urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que cubra nuestro plan y que los proveedores de nuestra red no pueden brindarla, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red. Debe conseguir autorización antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos estos servicios como si hubiera recibido la atención de un proveedor de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener la autorización para acudir 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.

SECCIÓN 2 Utilice los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios

Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinde y supervise su atención
--------------------	--

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

- ¿Qué es un "PCP"?

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

El proveedor de atención primaria (PCP) es un médico de la red a quien usted elige para que le brinde y coordine sus servicios cubiertos.

- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como un PCP?

En general, los PCP son médicos que se especializan en medicina interna, familiar o general. Puede seleccionar un PCP de las siguientes categorías:

- Médicos generales
 - Médicos familiares
 - Internistas
 - Geriatría
 - Asistentes médicos (Physician Assistants, PA) (bajo la supervisión de un médico matriculado)
 - Enfermeros especializados (Nurse Practitioner, NP) (bajo la supervisión de un médico matriculado)
 - Médicos especialistas (para miembros que tengan necesidades conductuales o médicas especiales)
- ¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

La relación con su PCP es importante porque es responsable de la coordinación de su atención médica y también de las necesidades de atención médica de rutina. Puede pedirle a su PCP que lo ayude a seleccionar un médico especialista de la red y realizar un seguimiento con su PCP después de visitar al especialista. Es importante que desarrolle y mantenga una relación con su PCP.

- ¿Cuál es la función del PCP en la obtención de la autorización previa?
Para solicitar la autorización apropiada, su PCP debe comunicarse con nosotros por teléfono, electrónicamente o por escrito. Su PCP debe llamar al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro para solicitar una autorización previa.

¿Cómo elige a su PCP?

Debe seleccionar un PCP del Directorio de proveedores al momento de su inscripción. Sin embargo, puede concertar una cita con cualquier proveedor de la red que elija.

Para obtener la copia más reciente del Directorio de proveedores o para obtener ayuda en la elección de un PCP, llame a los Servicios para Miembros al 1-833-276-8306, o ingrese en www.communityhealthchoice.org/Medicare para obtener la información más actualizada sobre nuestros proveedores de la red.

Si no elige un PCP en el momento de la inscripción, podemos elegir uno por usted. Puede cambiarlo en cualquier momento. Consulte "Cómo cambiar su PCP" a continuación.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y tenga que buscar uno nuevo.

Si quiere cambiar de PCP, llame a los 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 en la que se muestre este cambio.

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede obtener sin la aprobación previa de su PCP?
--------------------	---

Puede obtener los servicios que se enumeran a continuación sin necesidad de obtener la autorización previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente; por ejemplo, cuando se encuentra provisoriamente fuera del área de servicio del plan

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 los Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

El especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Usted es responsable de informar a su médico o proveedor de los requisitos de autorización previa. Para solicitar la autorización correspondiente, su médico o proveedor deben

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

comunicarse con nosotros por teléfono, electrónicamente o por escrito. El número de teléfono al que debe llamar para solicitar autorización está en su tarjeta de identificación de miembro.

Si los servicios cubiertos no están disponibles a través de médicos o proveedores participantes, usted o su médico pueden solicitar una autorización previa para obtener servicios cubiertos por parte de un médico u otro proveedor fuera de la red contratada. Las solicitudes de autorización previa se procesarán dentro del tiempo apropiado a sus necesidades de salud o las circunstancias, pero sin exceder los catorce (14) días calendario. Usted y 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 su salud, o su capacidad de recuperar la máxima funcionalidad. Si los servicios cubiertos se aprueban como se describe anteriormente, solo es responsable de copagos, coseguros u otros desembolsos aplicables que habría pagado si hubiera podido acceder a los servicios de la red de proveedores participantes de Community. Si recibe una factura de un proveedor no participante, comuníquese con los Servicios para Miembros al (833) 276-8306 (TTY 711).

¿Qué ocurre si un médico especialista u otro proveedor de la red abandonan nuestro plan?

Es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las que su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista lo hacen, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor abandonará nuestro plan, de modo que tenga tiempo para elegir uno nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor idóneo para que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo y trabajaremos con usted para garantizar que no se interrumpa el tratamiento médico necesario que recibe.
- Si cree que no le hemos asignado un proveedor idóneo para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se administra en forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación a nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista abandonarán su plan, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que se encargue de su atención.

Para obtener ayuda, puede llamar a los Servicios para Miembros al número que figura en el Capítulo 2 de este folleto.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red**

Si los servicios cubiertos no están disponibles a través de médicos o proveedores participantes, a pedido de su médico o proveedor participante y dentro de los plazos adecuados dadas las circunstancias, pero que no superen los cinco (5) días hábiles, permitiremos una derivación a un médico o proveedor no participante y reembolsaremos el total de la tarifa usual y habitual o una tarifa convenida del médico o proveedor no participante.

Antes de denegar una solicitud para ser derivado a un proveedor no participante, proporcionaremos una revisión de la solicitud por parte de un médico con la misma especialidad o una similar que el proveedor no participante para el que se solicita la derivación.

No todos los profesionales de atención médica que proporcionan servicios en hospitales participantes son proveedores participantes. Si proveedores no participantes brindan los servicios, ya sean patólogos, anesthesiólogos, radiólogos y médicos de emergencias de un hospital participante (médico en un centro), pagaremos dichos servicios a la tarifa usual y habitual o a una tarifa convenida. Si recibe una factura de un proveedor no participante, llame a los Servicios para Miembros al número que figura en el reverso de este folleto.

La ley de Texas establece que, si los servicios cubiertos no están disponibles a través de proveedores participantes como se describe arriba, solo debe pagar el copago correspondiente o cualquier otro monto de bolsillo que pagaría si hubiera recibido servicios de proveedores participantes incluidos en la red de Community. Si recibe una factura de un proveedor no participante, llame a los Servicios para Miembros al número que figura en el reverso de este folleto.

Es su responsabilidad verificar el estado de participación en la red de todos los proveedores antes de recibir servicios que no sean de emergencia. Debería verificar el estado de participación en la red solo con nosotros, al llamar al número de teléfono de los Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o al acceder a nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare. No somos responsables de la exactitud o imprecisión de la información sobre la participación en la red que brinde un PCP, médico de atención especializada, hospital u otro proveedor, ya sea que tenga o no contrato con nosotros. En otras palabras, si el médico de atención primaria, el médico de atención especializada u otro proveedor de la red recomiendan servicios que brinda otra entidad, es su responsabilidad verificar el estado de participación de esa entidad en la red antes de recibir esos servicios.

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

- Es una emergencia.
- Los servicios son de urgencia y los servicios de la red no son razonables ni seguros.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- El servicio cubierto no está disponible a través de un proveedor de la red.
- El servicio está disponible por medio de un proveedor de la red, pero la distancia o la disponibilidad de citas no satisfacen sus necesidades.
- Necesita una segunda opinión de un mismo especialista o similar con respecto a un servicio, tratamiento o procedimiento cubiertos, y todos los proveedores accesibles dentro de la red forman parte de la misma práctica o grupo médico.

SECCIÓN 3 **Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante una catástrofe**

Sección 3.1 **Cómo obtener atención médica si tiene una emergencia médica**

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer en caso de tenerla?

La "**emergencia médica**" se produce cuando usted o cualquier otra persona común, prudente y con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o de su función. Los síntomas médicos pueden tratarse de una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

En el caso de tener una emergencia médica, realice lo siguiente:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* es necesario que obtenga primero una autorización o una derivación de su PCP.
- Asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia lo antes posible. Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos al respecto, generalmente dentro de las 48 horas. Para obtener información adicional, llame a Servicios para Miembros al (833) 276-8306 sin cargo o mediante una llamada local al (713) 295-5007. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos del 1.º 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.

¿Qué está cubierto en el caso de tener una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que 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. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 de este folleto.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan la atención de emergencia para ayudar a administrar y dar seguimiento a su atención. Dichos médicos decidirán cuándo su estado de salud se considera estable y cuándo finaliza la emergencia médica.

Una vez que la emergencia haya cesado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado de salud continúe estable. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento. Si la atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, trataremos de coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no se tratara de una emergencia médica?

A veces, resulta difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, puede que reciba atención de emergencia (porque cree que su salud está en grave peligro) y el médico al final puede decirle que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre y cuando haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- *O bien*, si la atención adicional que recibe se considera "servicios de urgencia" y sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" son enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas que no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata. Estos servicios pueden ser prestados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente. La afección imprevista podría tratarse, por ejemplo, de un brote repentino de una afección conocida que tiene.

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

Siempre debe tratar de obtener los servicios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente y no resulta razonable esperar para obtener la atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que obtenga de un proveedor

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

fuera de la red. Consulte el 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 está fuera del área de servicio y no puede obtener la 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 si recibe atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante una catástrofe, ingrese al siguiente sitio web: www.communityhealthchoice.org/Medicare.

Por lo general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de los servicios cubiertos

Si pagó sus servicios cubiertos o recibió una factura por servicios médicos cubiertos, diríjase al Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos el pago de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?

Community Health Choice HMO D-SNP cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios. Estos servicios se enumeran en el Cuadro de beneficios del plan (este cuadro figura en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtienen de acuerdo con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

cubre nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no se autorizaron.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de obtenerlo. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si respondemos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), se informa acerca de qué hacer si quiere que tomemos una decisión de cobertura o quiere apelar una decisión que ya hayamos tomado. Para obtener más información, también puede comunicarse con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. *Por ejemplo, si su plan cubre un examen físico de rutina por año y se lo hace, pero elige someterse a un segundo examen dentro del mismo año, pagará el costo total de ese segundo examen. Todo monto que pague después de haber alcanzado el límite de beneficios no cuenta para su desembolso máximo anual. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el desembolso máximo de su plan).* Puede llamar a los Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto ya ha utilizado de su límite de beneficios.

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"?
--

El estudio de investigación clínica (también denominado "ensayo clínico") es una forma en la que los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, tales como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos al pedir voluntarios para que colaboren en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y los científicos a ver si un nuevo enfoque es seguro y funciona.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* haya aprobado, *será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare lo apruebe, 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

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

los científicos que lo dirigen. Puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla con dichos requisitos y comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. 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* es necesario que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. *No* hace falta que los proveedores que le brindan atención como parte de dicho estudio formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no requiere el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar su participación.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para informarles de su participación y para obtener detalles más específicos sobre lo que pagará su plan.

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

Una vez que se una a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura por los servicios y los artículos de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos:

- Habitación y comida por la internación que pagaría Medicare, incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico en caso de ser parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones derivadas de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayoría del costo de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como sucede con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que si los obtuviera de nuestro plan.

A continuación, se muestra un ejemplo del funcionamiento del costo compartido:

supongamos que se le realiza un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos de este análisis es

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

de \$20 conforme a Original Medicare, pero la prueba saldría \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que abonaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, deberá presentar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestren los servicios que recibió como parte del estudio [y lo que debe](#). Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Cuando forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan se harán cargo de abonar lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, a menos que Medicare cubriera el artículo o el servicio incluso si *no* participara en el estudio.
- Los artículos y los servicios que el estudio le brinda a usted o a cualquier participante de manera gratuita.
- Los artículos o los servicios proporcionados solo para recopilar datos y que no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, lea la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" ("Medicare y los estudios de investigación clínica") en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). 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 obtener cobertura de atención en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de salud".

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de salud?

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de salud es un centro que presta atención para tratar enfermedades que normalmente se tratarían en un hospital o centro de enfermería especializada. Si el hecho de recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, brindaremos cobertura de atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de salud. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médicos). Medicare solo pagará por los servicios de atención de la salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de salud.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 6.2 **Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de salud**

Para recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de salud, debe firmar un documento legal que declare que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que "no esté exceptuado".

- Se considera atención o tratamiento médico "no exceptuado" a todo tipo de atención o tratamiento médico de carácter *voluntario* y que *no sea exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- Se denomina tratamiento médico "exceptuado" a la atención o el tratamiento médico que recibe y que *no* tiene carácter voluntario o que se *exige* en virtud de las ley federal, estatal o local.

Para obtener cobertura por parte de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinde la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución que se le brindan en un centro médico, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos de hospitalización o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener la autorización previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro médico o no se cubrirá su internación.

Cuenta con cobertura por días ilimitados en el hospital, siempre y cuando su internación cumpla con las pautas cubiertas por Medicare. Los límites de cobertura se describen en Servicios de atención para pacientes hospitalizados en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 **Normas para la posesión de equipo médico duradero**

Sección 7.1 **¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?**

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos para generar el habla, 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 las prótesis. En esta sección, tratamos otros tipos de DME que debe alquilar.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueños del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de Community Health Choice HMO D-SNP, la propiedad del artículo del DME se le transferirá después de 10 meses. Una vez que haya realizado todos los pagos equivalentes al precio de compra, adquirirá la propiedad del artículo de DME. Comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para saber qué artículos de DME en alquiler pueden eventualmente ser de su propiedad, los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar. (Los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para ser propietario del artículo. Los pagos que efectuó mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME conforme a Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para ser propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1	¿Qué beneficios relacionados con el oxígeno le corresponden?
-------------	--

Si cumple con los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, siempre que esté inscrito, Community Health Choice HMO D-SNP cubrirá:

- alquiler del equipo de oxígeno
- suministro y contenido de oxígeno
- entubado y accesorios de oxígeno asociados al suministro y contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si abandona Community Health Choice HMO D-SNP o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolverlo al propietario.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare siempre es de \$0.

Dicho costo no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en Community Health Choice HMO D-SNP.

Si antes de inscribirse en Community Health Choice HMO D-SNP había pagado 36 meses de alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en Community Health Choice HMO D-SNP es de \$0.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, comenzará un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado el alquiler de un equipo de oxígeno durante 36 meses antes de incorporarse a Community Health Choice HMO D-SNP, inscribese en Community Health Choice HMO D-SNP durante 12 meses y luego, regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Community Health Choice HMO D-SNP y luego, regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

SECCIÓN 1	Cómo comprender los servicios cubiertos.....	SECCIÓN 1
Sección 1.1	No paga nada por sus servicios cubiertos	Sección 1.1
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos? .	Sección 1.2
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo”	Sección 1.3
SECCIÓN 2	Averigüe en la <i>Tabla de beneficios</i> qué es lo que está cubierto para usted	61
Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan.....	61
SECCIÓN 3	¿Qué servicios se cubren fuera de Community Health Choice HMO D-SNP?	96
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por Community Health Choice HMO D-SNP.....	96
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no cubre Medicare?	98
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por Medicare (Exclusiones de Medicare).....	98

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos

En este capítulo, se aborda la cuestión de los servicios que están cubiertos. Incluye una Tabla de beneficios en la que se enumeran sus 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. Además, se explican los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1	No paga nada por sus servicios cubiertos
--------------------	---

Debido a que recibe asistencia de Medicaid, no paga nada por sus servicios cubiertos, siempre y cuando siga las normas del plan para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas del plan para obtener su atención).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de los miembros llegan a este máximo de gastos de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos.

Dado que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto al monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos que cubre nuestro plan (consulte la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 que figura a continuación). Este límite se denomina monto máximo de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Community Health Choice HMO D-SNP, lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios en 2021 es \$7,550. Los montos que paga por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo de bolsillo). Si alcanza el monto máximo de bolsillo de \$7,550, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo 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).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen el saldo"
--------------------	---

Como miembro de Community Health Choice HMO D-SNP, una importante protección para usted es que solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando obtiene los servicios que cubre nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales separados, denominados "facturación de saldo". Esta protección (que nunca paga más del monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio y aun si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (conforme a lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, tales como cuando consigue una derivación).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, tales como cuando consigue una derivación).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado el saldo", comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Averigüe en la Tabla de beneficios qué es lo que está cubierto para usted

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan
--

En la Tabla de beneficios de las siguientes páginas se enumeran los servicios que cubre Community Health Choice HMO D-SNP. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen con los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son indispensables para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no estará cubierta la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, se proporciona más información sobre los requisitos para utilizar los proveedores de la red y los casos en los que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

- Cuenta con un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que le brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios que figuran en la Tabla de beneficios están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra autorización por adelantado (a veces denominada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Cuenta con cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido por los servicios de Medicare, además de los servicios que Medicare no cubre, tales como la atención a largo plazo y los servicios comunitarios.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y usted 2021). Visualícelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia por teléfono 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 alguno por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted.
- A veces, Medicare agrega cobertura conforme a Original Medicare para incluir nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega la cobertura de cualquier servicio durante 2021, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de tres meses que se considera de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Los montos de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este período.

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.



Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Tabla de beneficios

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una única ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una derivación para ello de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los beneficiarios de Medicare tienen cubiertas hasta 12 visitas en 90 días conforme a las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dura 12 semanas o más.• No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.).• No se asocia a operaciones.• No se vincula con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se podrán administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o sufre una regresión.</p> <p>Además, cubrimos 24 visitas por año. No se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se proporcionan a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o si el plan lo autoriza.• El traslado en ambulancia que no es de emergencia es apropiado si se acredita que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el traslado en ambulancia es médicamente necesario. <p><i>NOTA: Se requiere una autorización previa para el traslado en ambulancia que no es de emergencia.</i></p>	<p>Coseguro del 0 %</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado según su salud actual y sus factores de riesgo. Está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". No obstante, no es necesario que haya tenido una visita "Bienvenido a Medicare" 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 anual de bienestar.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para el caso de las personas que cumplan con los requisitos (generalmente, se trata de personas que corren el riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la 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 la masa ósea cubierta por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años.• Una mamografía cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años.• Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, instrucción y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con una orden del médico. Además, el plan cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>NOTA: Se requiere una autorización previa.</i></p>	<p>Coseguro del 0 %</p>
<p> Visitas para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, el médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar la presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que coma de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de la terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Pruebas de detección de cáncer vaginal y de cuello de útero</p> <p>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 padecer cáncer cervical o vaginal, o está en edad fértil y el resultado de la prueba de Papanicolaou no ha sido normal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos pélvicos y de Papanicolaou cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. <p>Además, cubrimos 24 visitas por año. No se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de mayores de 50 años, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses. <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de guayacol en heces (Guaiac-based Fecal Occult Blood Test, gFOBT)• Una prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT) <p>Un examen colorrectal basado en el ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una colonoscopia (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses. <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de cáncer colorrectal cubiertas por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, Original Medicare no cubre los servicios preventivos dentales (tales como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales). Cubrimos:</p> <p>Exámenes de rutina (preventivos)</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes orales: 1 cada 6 meses• Profilaxis (limpieza): 1 cada 6 meses• Radiografías dentales: 1 visita por año <p>Integrales:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios no rutinarios• Servicios de diagnóstico• Servicios de restauración• Periodoncia• Extracciones• Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial <p>Cada año, cuenta con \$3,500 de beneficio permitido por servicios dentales (preventivos e integrales combinados).</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p> Exámenes de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual para el examen de detección de depresión.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Exámenes de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen (que 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 azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si cumple con otros requisitos, tales como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p> Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (sean insulínoddependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas de glucosa, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa con el fin de comprobar la precisión de las tiras reactivas y los glucómetros. • Para las personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas que se proveen con esos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se suministran con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación sobre el autocontrol de la diabetes está cubierta conforme a ciertas condiciones. <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>Coseguro del 0 %</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Consulte el Capítulo 12 de este folleto para saber la definición de "equipo médico duradero").</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para generar el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Le enviamos por separado la lista de DME de Community Health Choice HMO D-SNP. En la lista, se indican las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. La lista más reciente de marcas, proveedores y suministradores también está disponible en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare.</p> <p>Generalmente, Community Health Choice HMO D-SNP cubre todos los DME cubiertos por Original Medicare provenientes de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Community Health Choice HMO D-SNP y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de ese período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle una derivación para tener una segunda opinión).</p>	<p>Coseguro del 0 %</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, puede presentar una apelación. Además, puede presentarla si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 [<i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>]).</p> <p><i>NOTA: Se requiere una autorización previa para:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Artículos que pueden exceder los \$500 (compra o alquiler)• Suministros para diabéticos u otros que superen la cantidad necesaria para 30 días• Implantes cocleares, máquinas de ventilación por presión positiva continua (CPAP), máquinas de movimiento pasivo continuo (CPM)• Aparatos ortopédicos personalizados, cascos de moldeado craneal, sillas de ruedas personalizadas o motorizadas• Nutrientes envasados	

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provistos por un proveedor idóneo para brindar servicios de emergencia. • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>La emergencia médica se produce cuando usted o cualquier otra persona común, prudente y con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o de su función. Los síntomas médicos pueden tratarse de una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios prestados dentro de la red.</p> <p><i>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos.</i></p> <p><i>NOTA: Se requiere una autorización previa para los servicios de postestabilización fuera de la red.</i></p>	<p>Coseguro del 0 %</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y requiere de hospitalización después de que se estabilice su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Las pruebas de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor idóneo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición de rutina: 1 por año • Beneficio permitido de \$1,000 para audífonos para ambos oídos cada dos años 	<p>Copago de \$0</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Pruebas de detección de VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen preventivo de detección de VIH cubierto por Medicare.</p>
<p>Atención provista por una agencia de servicios médicos a domicilio</p> <p>Antes de obtener los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. Debe estar recluido en su hogar, lo que implica que salir de allí supone un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia médica a domicilio y de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente (para tener cobertura del beneficio de atención médica a domicilio, la combinación de ambos servicios debe sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>Esta terapia consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar 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, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con el plan de atención.• La capacitación e instrucción de los pacientes que no estén cubiertos por el beneficio del equipo médico duradero.• Monitoreo remoto.• Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para la infusión en el hogar provistos por un proveedor idóneo para realizar la terapia de infusión en el hogar.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para estos servicios.</p>
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es elegible para el beneficio de cuidados paliativos si su médico y el director médico del programa le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico de atención de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. 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• Atención a domicilio <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> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará 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 Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Community Health Choice HMO D-SNP no es el que paga por los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, sino que lo hace Original Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Cuidados paliativos (continuación)	
<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 sean de emergencia ni de urgencia y que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto del costo compartido del plan por los servicios de la red.• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido en virtud del programa de pago por servicio de Medicare (Original Medicare).	
<p><u>Para los servicios que están cubiertos por Community Health Choice HMO D-SNP, pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> Community Health Choice HMO D-SNP seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.</p>	
<p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> el programa de servicios paliativos y nuestro plan nunca cubren los medicamentos al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>).</p>	
<p>Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no se relacione con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para acordar los servicios.</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía.• Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario.• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraerla.• Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>Además, cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa para todos los medicamentos de la Parte B.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.</p>
<p>Atención para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye servicios de internación aguda, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de atención para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día previo a que le den el alta es su último día de internación.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o una privada si es médicamente necesario).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios habituales de enfermería.• Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios).• Fármacos y medicamentos.• Pruebas de laboratorio.• Radiografías y otros servicios de radiología.• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios.• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.• Costos de la sala de operaciones y de recuperación.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Servicios por problemas de abuso de sustancias para pacientes internados.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios indicados.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Atención para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, nos encargaremos de que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si reúne los requisitos para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del ámbito de atención de la comunidad, puede optar por recurrir a un centro local, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Community Health Choice HMO D-SNP proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del ámbito de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir los trasplantes en este lugar alejado, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y traslado adecuados para usted y un acompañante.• Sangre (incluidos el almacenamiento y la administración). La cobertura de la sangre total y los glóbulos rojos empacados 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 la sangre sea donada por usted o alguien más. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.• Servicios provistos por un médico. <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para su admisión formal como paciente internado del hospital. Incluso si permanece internado durante la noche, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". Esta hoja de datos está disponible en internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin cargo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su afección de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes internados</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren internación en un hospital. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de internación en un hospital psiquiátrico. Este límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios indicados.</p>
<p>Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una internación en el hospital no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de internación o la internación no es razonable y necesaria, no cubriremos su internación. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios provistos por un médico.• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio).• Terapia de rayos X, radioterapia y terapia de radioisótopos, incluidos materiales y servicios técnicos.• Vendajes quirúrgicos.• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y las dislocaciones.• Prótesis y dispositivos ortopédicos (que no sean los dentales) que sustituyan 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 no funcione siempre o que funcione mal, incluida la sustitución o reparación de esos dispositivos.• Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a la rotura, el desgaste, la pérdida o un cambio en el estado físico del paciente.• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios indicados.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Beneficio de comidas (comidas posthospitalarias) Este beneficio proporciona hasta 2 comidas al día durante 7 días después de su alta del hospital.	Copago de \$0
Beneficios cubiertos por Medicaid Consulte la sección Resumen de beneficios de Community Health Choice HMO D-SNP titulada "Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid" para obtener una lista de los beneficios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid de Texas o cubiertos solo por Medicaid de Texas. <i>Los servicios adicionales cubiertos solo por Medicaid de Texas también se tratan en la Sección 3.1 de este capítulo.</i>	Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid.
 Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no está en tratamiento de diálisis), o que, después de un trasplante de riñón, se lo ordena su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas por año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, 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 en el próximo año calendario. <i>NOTA: Se requiere una autorización previa para el asesoramiento en nutrición.</i>	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en el cambio de dieta 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>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. 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 el paciente no se autoadministra y que se inyectan o infunden mientras recibe los servicios de un médico o servicios de un centro quirúrgico u hospitalarios ambulatorios.• Medicamentos que se toman al usar un equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan.• Factores de coagulación que se administra por inyección si padece hemofilia.• Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos.• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.• Antígenos.• Ciertos medicamentos por vía oral contra el cáncer y las náuseas.	<p>Coseguro del 0 % para cada medicamento para quimioterapia y otro medicamento de la Parte B cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluso heparina, antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>Además, cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, se brinda una explicación sobre el beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran los medicamentos con receta. En el Capítulo 6, se detalla el monto que paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa para todos los medicamentos de la Parte B.</i></p>	<p>Coseguro del 0 % para cada medicamento para quimioterapia y otro medicamento de la Parte B cubiertos por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso continua</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubriremos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia y el examen preventivo para la detección de la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</p> <p>Los servicios del tratamiento para el trastorno por abuso de opioides están cubiertos conforme a la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el tratamiento de agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la FDA, y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. 	<p>Coseguro del 0 %</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Exámenes de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Terapia de radiación (radioterapia y terapia de radioisótopos), incluidos materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y las dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre (incluidos el almacenamiento y la administración). La cobertura de la sangre total y los glóbulos rojos empacados 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 la sangre sea donada por usted o alguien más. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. <p><i>NOTA: Se requiere una autorización previa para los servicios para pacientes ambulatorios de la red.</i></p>	<p>Coseguro del 0 % para cada prueba y procedimiento terapéutico y de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 0 % para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si es necesario internarlo o si se le puede dar el alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para internarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece internado 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.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". Esta hoja de datos está disponible en internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin cargo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>Coseguro del 0 % para cada servicio cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencia o en una clínica para pacientes ambulatorios, tales como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • 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 sin ella se requeriría un tratamiento hospitalario. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, tales como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse. <p>Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para internarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece internado 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.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". Esta hoja de datos está disponible en internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar sin cargo a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>Coseguro del 0 % para cada servicio y suministro médico.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con matrícula estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero especializado, un asistente médico u otro profesional de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Coseguro del 0 % para cada sesión de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios lugares para pacientes ambulatorios, tales como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas autónomos y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p> <p><i>NOTA: Se requiere una autorización previa en lugares para pacientes ambulatorios para la evaluación inicial y la reevaluación.</i></p>	<p>Coseguro del 0 % para cada visita de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios por problemas de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Tratamiento ambulatorio y asesoramiento por abuso de sustancias.</p> <p><i>NOTA: Se requiere una autorización previa para:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Programa de Hospitalización Parcial (Partial Hospitalization Program, PHP)</i>• <i>Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios (Intensive Outpatient Program, IOP)</i>• <i>Tratamiento psiquiátrico de día</i>• <i>Pruebas neuropsicológicas</i>• <i>Transferencias entre centros</i>• <i>Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT)</i>• <i>Visitas de psicoterapia ambulatoria que superen las 30 visitas en un año calendario por parte de cualquier proveedor en cualquier lugar</i>• <i>Terapia de análisis conductual aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA)</i>• <i>Tratamiento intensivo ambulatorio (excepto cuando se proporciona en un centro para el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias [Substance Use Disorder, SUD])</i>	<p>Coseguro del 0 % para cada sesión de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en establecimientos hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor sobre si lo internarán o será un paciente ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para internarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece internado durante la noche, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio".</p> <p><i>NOTA: Se requiere una autorización previa para los servicios para pacientes ambulatorios de la red.</i></p>	<p>Coseguro del 0 % para cada beneficio cubierto por Medicare.</p>
<p>Artículos de venta libre</p> <p>Ciertos medicamentos aprobados, sin receta, de venta libre y artículos relacionados con la salud, hasta \$235 cada trimestre.</p> <p>Los montos que no se utilizan de los medicamentos de venta libre no se transfieren al siguiente trimestre. Para obtener más información sobre cómo acceder a su beneficio, consulte el prospecto de medicamentos de venta libre que se envía por correo por separado.</p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario ambulatorio o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>Coseguro del 0 % para los servicios cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios provistos por un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios de cirugía médicamente necesarios que se proporcionan en un consultorio médico, centro de cirugía ambulatorio certificado, departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. • Consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su especialista si su médico lo solicita para ver si necesita tratamiento médico. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con ESRD para miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal o de acceso crítico hospitalario, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular agudo. 	<p>Coseguro del 0 % para las visitas al consultorio.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios provistos por un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de 5 a 10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">○ No es un paciente nuevo.○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días.○ El chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más cercana.• Evaluación de videos y/o imágenes que 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 es un paciente nuevo.○ La evaluación no se relaciona con una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita más cercana.• Consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, internet o historia clínica electrónica <u>si</u> no es un paciente nuevo.• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.• Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, la colocación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por cáncer neoplásico, o los servicios que estarían cubiertos cuando los proporcione un médico).	
<p>Servicios de podiatría</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 (tales como el dedo en martillo o los espolones calcáneos).• Cuidado de rutina de los pies para los miembros con ciertas afecciones médicas que afectan a las extremidades inferiores. <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>Coseguro del 0 % para cada visita a un consultorio o a domicilio cubierta por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes (uno cada 12 meses):</p> <ul style="list-style-type: none">• Tacto rectal• Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (distintos de los dentales) que sustituyan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos, y su reparación y/o sustitución. También abarca cierta cobertura después de la extracción o la cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte "Cuidado de la vista" más adelante en esta sección.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>Coseguro del 0 % para cada dispositivo protésico u ortopédico cubierto por Medicare, incluidos la sustitución o la reparación de dichos dispositivos y los suministros relacionados.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que requieren la rehabilitación pulmonar por parte del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>Coseguro del 0 % para cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes al alcohol.</p> <p>Si el resultado de la prueba es positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personal por año (si es competente y está consciente durante el asesoramiento), a cargo de un médico de atención primaria idóneo o un profesional en un lugar de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de las pruebas de detección y el asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (TCBD)</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos, se cubre una TCBD cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de entre 55 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de consumo de tabaco de al menos 30 paquetes/años y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una TCBD durante una consulta de asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y que sea proporcionada por un médico o un profesional no médico idóneo.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón de TCBD después de la prueba inicial de TCBD:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón de TCBD, que puede ser provista durante cualquier consulta apropiada a un médico o profesional no médico idóneo. Si un médico o un profesional no médico idóneo opta por ofrecer una consulta de asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartida para las posteriores pruebas de detección de cáncer de pulmón de TCBD, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartida o para la TCBD cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas las solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>Además, cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad y personales de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer una ITS. Solo cubriremos dichas sesiones como un servicio preventivo si las provee un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un lugar de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de las pruebas de detección de ITS y el asesoramiento sobre ITS cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de instrucción sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones correctas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en fase IV que reciben una derivación de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de instrucción sobre la enfermedad renal 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).• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo admite como paciente internado en un hospital para cuidados especiales).• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquiera que lo ayude con sus tratamientos de diálisis domiciliaria).• Equipo y suministros para diálisis domiciliaria.• Ciertos servicios de asistencia domiciliaria (tales como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis domiciliaria, ayudar en casos de emergencia y revisar el equipo de diálisis y el suministro de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte B, diríjase a la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare".</p>	<p>Coseguro del 0 % para los beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p><i>NOTA: Se requiere una autorización previa para el asesoramiento en nutrición.</i></p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Consulte el Capítulo 12 de este folleto para saber la definición de "atención en un centro de enfermería especializada". A veces, a los centros de enfermería especializada se los denomina "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o una privada si es médicamente necesario).• Comidas, incluidas dietas especiales.• Servicios especializados de enfermería.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes en forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre).• Sangre (incluidos el almacenamiento y la administración). La cobertura de la sangre total y los glóbulos rojos empacados 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 la sangre sea donada por usted o alguien más. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.• Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por los SNF.• Pruebas de laboratorio que normalmente proveen los SNF.• Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente prestan los SNF.• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente brindan los SNF.• Servicios provistos por un médico/profesional. <p>Por lo general, recibirá atención en un SNF de los centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que reciba 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">• Una residencia de ancianos o una comunidad para jubilados de cuidado continuo donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando ofrezca atención en un centro de enfermería especializada).• Un SNF donde vive su cónyuge al momento de salir del hospital.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Tiene cobertura de hasta 100 días en cada período de beneficios para los servicios de internación en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día que acude a un hospital o a un centro de enfermería especializada con servicios de internación cubiertos por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando no ha estado internado en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si va al hospital o al SNF después de que termina un período de beneficios, comienza uno nuevo. No existe un límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos pruebas de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo alguno. Cada prueba de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos pruebas de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses. Sin embargo, pagará el costo compartido correspondiente. Cada prueba de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos relacionados con el asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (EAP) y una derivación para la EAP por parte del médico responsable del tratamiento de la EAP.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones de entre 30 a 60 minutos, que comprendan un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en pacientes con claudicación.• Llevarse a cabo en un hospital en forma ambulatoria o en un consultorio médico.• Ser impartido por personal auxiliar idóneo necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en la terapia de ejercicios para la EAP.• Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un enfermero especializado/enfermero clínico que deba estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. <p>El SET puede cubrirse más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</i></p>	<p>Coseguro del 0 % para cada visita de terapia de ejercicio supervisado (SET) cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Traslado (rutina adicional)</p> <p>Cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 36 viajes de ida o vuelta por año a lugares relacionados con la salud y aprobados por el plan. • Puede utilizar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Taxi ○ Autobús/metro ○ Camioneta ○ Transporte médico <p><i>NOTA: Se requiere una autorización previa. Para solicitar traslado, llame al número de Servicios para Miembros que aparece en la contraportada de este folleto.</i></p> <p><i>NOTA: Los conductores no tienen ninguna capacitación médica. Para casos de emergencia, llame al 911.</i></p>	<p>Copago de \$0</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar las enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas que no sean de emergencia y que requieran atención médica inmediata. Estos servicios pueden ser prestados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente.</p> <p>El costo compartido de estos servicios necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios prestados dentro de la red.</p>	<p>Coseguro del 0 % para cada visita al consultorio.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para el uso de gafas/lentes de contacto.• Para las personas que tienen un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años.• En el caso de las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez al año.• Un par de gafas o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos gafas después de la segunda). <p>Cuidado de rutina de la vista</p> <p>Cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 examen oftalmológico de rutina por año• Un beneficio de \$150 por año para:<ul style="list-style-type: none">○ Lentes de contacto, y/o○ Gafas (lentes y marcos).	<p>Coseguro del 0 % para cada examen cubierto por Medicare.</p> <p>Coseguro del 0 % para la prueba de glaucoma cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 0 % para los exámenes oculares cubiertos por Medicare para evaluar enfermedades oculares.</p> <p>Coseguro del 0 % para un par de gafas o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Copago de \$0 para servicios de rutina de la vista.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
 <p>Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"</p> <p>El plan cubre la única visita preventiva "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su estado de salud, así como también instrucción y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y derivaciones para recibir otro tipo de atención si fuera necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" solo durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Al momento de reservar la cita, informe al consultorio del médico que desea programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva "Bienvenido a Medicare".</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios se cubren 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 mediante Medicaid de Texas.

SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD	
<p>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.</p>	
<p>Exención de los servicios de apoyo y asistencia para vivir en la comunidad (Community Living Assistance and Support Services, CLASS)</p>	<p>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: https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/community-living-assistance-support-services-class.</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD	
Exención para sordos y ciegos con múltiples discapacidades (Deaf Blind with Multiple Disabilities, DBMD)	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: https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd .
Exención de los servicios del hogar y la comunidad (Home and Community Services, HCS)	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: https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/home-community-based-services-hcs .
Programa para niños con dependencia médica (Medically Dependent Children Program, MDCP)	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: https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp .
Programa STAR+PLUS (gestionado conforme a la exención del programa de transformación de la atención médica y mejora de la calidad de Texas)	Los programas incluyen lo siguiente: cuidado sustituto para adultos, vivienda asistida, terapia de rehabilitación cognitiva, servicios de administración financiera, comidas a domicilio, pequeñas modificaciones en el hogar y asesoría para recibir apoyo. 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: https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/programs/starplus .
Exención doméstica de Texas (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: https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml .
Dispositivos de comunicación auxiliar (También conocido como sistema con dispositivo de comunicación aumentativa [Augmentative Communication Device, ACD])	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.
Centro de cuidados paliativos	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. Nota: Cuando los clientes adultos eligen servicios de cuidados paliativos, renuncian a sus derechos de recibir todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal.

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD	
	No renuncian a sus derechos de recibir servicios de Medicaid que no estén relacionados con su enfermedad terminal.

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

En esta sección, se indican los servicios "excluidos" por Medicare. El término "excluidos" significa que Medicare no cubre estos servicios.

En el cuadro a continuación, se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare bajo ninguna condición o que están cubiertos por Medicare solo en determinadas condiciones.

Medicare no pagará por los servicios médicos excluidos que se detallan en dicho cuadro, excepto bajo las condiciones específicas que se enumeran. Única excepción: pagaremos si, tras la apelación, se determina que un servicio del siguiente cuadro es un 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 la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en la Tabla de beneficios o en el cuadro que figura a continuación.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Servicios considerados poco razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	✓	

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipo y medicamentos</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro plan y Original Medicare han determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Pueden estar cubiertos por Original Medicare conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).</p>
Habitación privada en un hospital		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cubiertos solo cuando sea médicamente necesario</p>
<p>Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, tales como un teléfono o un televisor</p>	✓	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	✓	
<p>*El cuidado asistencial es aquel que se brinda en una residencia de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro donde no se requiere atención médica especializada o de enfermería especializada.</p>	✓	
<p>Los servicios de empleada doméstica incluyen la asistencia básica en el hogar, incluida la preparación de comidas o las tareas domésticas simples.</p>	✓	
<p>Honorarios cobrados por el cuidado por parte de sus parientes inmediatos o miembros de su hogar</p>	✓	

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Cirugía o procedimientos estéticos		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en casos de lesiones accidentales o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con malformaciones • Cubiertos para todas las etapas de la reconstrucción de un seno luego de una mastectomía, de tal forma que el seno no afectado produzca una apariencia simétrica
Atención dental de rutina, como limpieza, empastes o prótesis dentales	✓	
Atención dental no rutinaria		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Es posible que la atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones esté cubierta como atención de forma hospitalaria o ambulatoria.</p>
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</p>
Cuidado de rutina de los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare; por ejemplo, si tiene diabetes.</p>
Comidas a domicilio	✓	
Calzado ortopédico		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si el calzado forma parte de un aparato ortopédico para las piernas y está incluido en el costo de dicho aparato, o si el calzado es para una persona que padece la enfermedad del pie diabético.</p>
Dispositivos de apoyo para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Calzado ortopédico o terapéutico para personas que padecen la enfermedad del pie diabético</p>

Capítulo 4. Tabla de beneficios (lo que está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para ajustar los audífonos	✓	
Exámenes oftalmológicos de rutina, gafas, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de baja visión		✓ El examen oftalmológico y el par de gafas (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas luego de que se someten a una cirugía de cataratas.
Procedimientos para la reversión de la esterilización y suministros anticonceptivos sin receta	✓	
Acupuntura		✓
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	✓	

*El cuidado asistencial se trata del cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como aquel que le ayuda con las actividades de la vida diaria, tales como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	105
Sección 1.1	En este capítulo, se describe la cobertura de los medicamentos de la Parte D	105
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	106
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red de servicios o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	106
Sección 2.1	Para que sus medicamentos con receta estén cubiertos, utilice una farmacia de la red	106
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red	107
Sección 2.3	Uso de los servicios de pedido por correo del plan	108
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	108
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?	109
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan	110
Sección 3.1	La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.....	110
Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	111
SECCIÓN 4	Existen restricciones sobre la cobertura de algunos medicamentos	111
Sección 4.1	¿Por qué tienen restricciones algunos medicamentos?	111
Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?	112
Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?	113
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera deseada?	113
Sección 5.1	Puede hacer varias cosas en el caso de que su medicamento no esté cubierto de la manera deseada	113
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene una restricción?	114
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	116
Sección 6.1	La lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	116
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que toma?	116

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos no están cubiertos por el plan?	118
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	118
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan al momento de surtir una receta.....	119
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	119
Sección 8.2	¿Qué ocurre si no lleva consigo su tarjeta de membresía?	119
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en casos especiales.....	120
Sección 9.1	¿Qué sucede si está internado en el hospital o en un centro de enfermería especializada y el plan lo cubre?.....	120
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC)?	120
Sección 9.3	¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?	121
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	121
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a tomar los medicamentos de forma segura.....	121
Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides en forma segura.....	122
Sección 10.3	Programa de Gestión de Farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	122

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

Debido a que es elegible para Medicaid, califica y recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Dado que se encuentra en el programa "Ayuda adicional", **es posible que cierta información en esta Evidencia de cobertura acerca de los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted.** Le hemos enviado un encarte por separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos) o "LIS Rider" (Cláusula adicional LIS), en la que se le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este encarte, póngase en contacto con los Servicios para Miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	En este capítulo, se describe la cobertura de los medicamentos de la Parte D
--------------------	---

En este capítulo, se **explican las normas para utilizar la cobertura de los medicamentos de la Parte D.** En el siguiente capítulo, se describe el monto que paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de la cobertura de los medicamentos de la Parte D, Community Health Choice HMO D-SNP también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, generalmente, nuestro plan cubre los medicamentos que se le suministran durante las internaciones cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertos medicamentos de quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que se le aplican durante una visita al consultorio y medicamentos que se le aplican en un centro de diálisis. En el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*), se explican los beneficios y los costos de los medicamentos durante una internación cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada, así como los beneficios y los costos de los medicamentos de la Parte B.

Es posible que sus medicamentos estén cubiertos por Original Medicare si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y las afecciones afines y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare*). Para obtener información sobre la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

En las siguientes secciones, se analiza la cobertura de los medicamentos según las normas de beneficios de la Parte D del plan. En la Sección 9, *Cobertura de los medicamentos de la Parte D en casos especiales*, se incluye más información sobre la cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos conforme a sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta conforme a sus beneficios de Medicaid, comuníquese con su plan de salud de Medicaid o la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Medicaid de Texas que aparece en el Capítulo 2 de este folleto.

Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

En general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Su receta debe estar expedida por un proveedor (un médico, un dentista u otra persona autorizada a dar recetas).
- La persona autorizada a dar recetas debe aceptar Medicare o presentar documentación ante CMS que demuestre que está calificada para prescribir recetas, o se denegará su reclamo sobre la Parte D. La próxima vez que llame o visite a las personas autorizadas a dar recetas, pregúnteles si cumplen con esta condición. Si no es así, tenga en cuenta que requieren tiempo para presentar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red de servicios o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)* (la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- El medicamento debe tomarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red de servicios o a través del servicio de pedido por correo del plan
------------------	---

Sección 2.1	Para que sus medicamentos con receta estén cubiertos, utilice una farmacia de la red
--------------------	---

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que se obtienen en farmacias fuera de la red).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

La farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer los medicamentos con receta cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red**¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/Medicare) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede dirigirse a cualquiera de las farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita que le vuelvan a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le haga una nueva receta o que le transfieran la receta a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado usando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado utilizando abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o utilice el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Dentro de las farmacias especializadas, se incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). En general, el centro de atención a largo plazo (como una residencia de ancianos) cuenta con farmacia propia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir los beneficios de la Parte D periódicamente a través de nuestra red de farmacias de LTC, que suele ser la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con los Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Programa de Servicios de Salud para Indígenas/Tribales/Indígenas Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA en ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o instrucción sobre su uso. (Nota: Esta situación no debería ocurrir habitualmente).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.3 Uso de los servicios de pedido por correo del plan**

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son medicamentos que toma habitualmente por una afección médica crónica o a largo plazo.

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

Para obtener información sobre los formularios de pedidos para surtir sus recetas por correo, llame a los Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (TTY 711).

Por lo general, el pedido de la farmacia mediante el servicio de pedido por correo le llegará en no más de 14 días. Si su pedido se retrasa, comuníquese con los Servicios para Miembros para obtener ayuda. Lo ayudaremos a obtener los medicamentos con receta necesarios.

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

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea que le surtan el medicamento inmediatamente o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y la forma) y, de ser necesario, le permitirá interrumpir o retrasar el pedido antes de que se lo facturen y envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se contacte con usted, para indicarle lo que debe hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Resurtidos de recetas para pedido por correo. Si necesita resurtidos, comuníquese con su farmacia [*ingresar la cantidad recomendada de días*] días antes de que considere que los medicamentos que tiene disponibles se van a acabar para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de que conozca cuál es la mejor forma de contactarlo. Llame a su farmacia para confirmar la información de contacto.

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 denominado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" de la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma habitualmente por una afección médica crónica o a largo plazo). Puede pedir este suministro a través de un pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten adquirir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias* se indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede comunicarse con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

2. Puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?**Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones**

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. Si no puede usar una farmacia de la red, las siguientes son las circunstancias en las que cubriríamos las 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 a una distancia razonable en automóvil que brinde atención las 24 horas.
- Si trata de surtir un medicamento con receta que no está disponible habitualmente en una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia que realiza pedidos por correo (incluidos medicamentos exclusivos y de alto costo).
- Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del plan, y se enferma o se le acaban los medicamentos con receta, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si cumple con todas las demás normas de cobertura identificadas en este documento y el Formulario y una farmacia de la red no están disponibles.
- Durante cualquier declaración de estado de catástrofe federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que los inscritos en la Parte D sean evacuados o desplazados de su domicilio y no se pueda esperar en forma razonable que obtengan medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red. Además, en circunstancias en las que los canales de distribución normales no estén disponibles.

En estas situaciones, **consulte primero con los Servicios para Miembros** para saber si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre el monto que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo se solicita un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su parte normal del costo) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que le

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

reembolsemos nuestra parte del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo solicitar un reembolso al plan).

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 denominamos **"Lista de medicamentos" para abreviar**.

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 aprobó la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare (previamente en la Sección 1.1 de este capítulo, se da una explicación acerca de los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos conforme a sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta conforme a sus beneficios de Medicaid, comuníquese con su plan de salud de Medicaid o la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Medicaid de Texas que aparece en el Capítulo 2 de este folleto.

En general, cubriremos un medicamento que está en la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando siga las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y la toma del medicamento se considere una indicación médicamente aceptada. La "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para el que se prescribe).
- *O bien*, respaldado por ciertas fuentes de referencia, como el Servicio de Información del Formulario del Hospital Estadounidense (AHFS); el sistema de información de DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto los medicamentos de marca como los genéricos.

El medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, actúa igual de bien que el medicamento de marca y suele costar menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos *no* se encuentran en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.
- Es posible que los medicamentos cubiertos por Medicaid no estén incluidos en la Lista de medicamentos de este plan. Si este plan no cubre un medicamento específico, consulte la lista de medicamentos de Medicaid para ver si el medicamento está cubierto.

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

Tiene tres (3) formas de averiguarlo:

1. Verifique la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. (Para tener en cuenta: Dicha lista incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con más 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 esta Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o comuníquese con los Servicios para Miembros para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.communityhealthchoice.org/Medicare). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a los Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos del plan o solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 **Existen restricciones sobre la cobertura de algunos medicamentos**

Sección 4.1	¿Por qué tienen restricciones algunos medicamentos?
--------------------	--

Para el caso de ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen la forma y el plazo en que el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros a tomar los medicamentos de la manera más eficaz. Además, estas reglas ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras normas lo alientan a adquirir un medicamento que sirva para su afección médica, y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento seguro y de bajo costo actúe tan bien desde el punto de vista médico como uno de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para recomendarles a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo. También debemos cumplir con las normas y regulaciones de cobertura de medicamentos y costo compartido de Medicare.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión sobre la cobertura y

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no acordar eximirlo de la restricción. (Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la dosis, la cantidad o la forma del medicamento prescrito por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día contra dos por día; comprimido en lugar de líquido).

Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?
--------------------	-------------------------------------

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a tomar los medicamentos de la manera más eficaz. En las siguientes secciones, se brinda más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Generalmente, el medicamento "genérico" actúa de manera similar que el medicamento de marca y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando se dispone de una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Por lo general, no cubrimos el medicamento de marca cuando hay disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos ha comunicado la razón médica por la que el medicamento genérico no le va a dar resultado, cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina "**autorización previa**". A veces, el requisito de obtener la aprobación por adelantado ayuda en la orientación del uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito hace que pruebe medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces, 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 A es menos costoso, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le da resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina "**tratamiento escalonado**".

Límites de cantidad

En el caso de ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener al limitar la cantidad de medicamento que puede adquirir cada vez que surte 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. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para saber si alguna de estas restricciones es aplicable a un medicamento que toma o quiere tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/Medicare).

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Si existe una restricción sobre el medicamento que quiere tomar, debe comunicarse con los Servicios para Miembros para saber lo que usted o su proveedor tendrían que hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que lo eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión sobre la cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no acordar eximirlo de la restricción. (Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera deseada?

Sección 5.1 Puede hacer varias cosas en el caso de que su medicamento no esté cubierto de la manera deseada

Esperamos que la cobertura de medicamentos le resulte útil. Pero cabe la posibilidad de que haya un medicamento con receta que tome actualmente, o uno que usted y su proveedor consideren que debería hacerlo, que no esté en nuestro formulario o que lo esté, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en lo absoluto. O tal vez, se cubra una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre la cobertura para ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales para restringir su uso. Por ejemplo, podría pedírsele que pruebe primero un medicamento diferente para ver si le da resultado, antes de que le cubramos el medicamento que quiere. O bien, puede haber límites en cuanto a la cantidad de medicamento (cantidad de pastillas, etc.) que se cubre durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que lo eximamos de la restricción.

Puede hacer varias cosas en el caso de que su medicamento no esté cubierto de la manera deseada.

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene una restricción, diríjase a la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene una restricción?
--------------------	--

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene una restricción, a continuación, se detallan las cosas que puede hacer:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden adquirir un suministro temporal). Esto les dará tiempo a su proveedor y a usted para cambiar de medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones sobre este.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal.

En ciertas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando no esté incluido en la Lista de medicamentos o tenga alguna restricción. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y definir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

1. El cambio de su cobertura de medicamentos debe tratarse de uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene alguna restricción** (en la Sección 4 de este capítulo, se explican las restricciones).

2. Debe encontrarse en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**
Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de membresía en el plan si es nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será válido por un máximo de 30 días. Si su receta está expedida para menos días, autorizaremos múltiples surtidos para proporcionar un suministro del medicamento hasta un máximo de 30 días. Las recetas deben surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar desperdicios).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está prescrita para menos días. Esto se suma al caso de 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 que se presenten mientras está inscrito como miembro de nuestro plan. Si se le receta un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o se limita su capacidad para obtener sus medicamentos, debe utilizar el proceso de excepción del plan. Puede solicitar un solo suministro temporal de al menos 30 días para disponer de tiempo para analizar un tratamiento alternativo con su médico o buscar una excepción en la lista de medicamentos (formulario). Si su médico le prescribe la receta por menos días, puede renovar el medicamento hasta que haya recibido un suministro de al menos 30 días.

Para solicitar un suministro temporal, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que realice una excepción y cubra su medicamento actual. En las secciones a continuación, se le brindará más información sobre estas opciones.

Puede cambiar de medicamento.

Comience por hablar con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente que cubra el plan que podría resultarle igual de eficaz. Puede llamar a los Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser adecuado para usted. (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que realice una excepción y cubra el medicamento de la manera deseada. Si su proveedor afirma que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede solicitarle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O bien, puede pedirle que haga una excepción y cubra su medicamento sin restricción alguna.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se detalla lo que corresponde hacer. Se explican los procedimientos y los plazos que estableció Medicare para asegurarse de que su solicitud se gestione en forma rápida y justa.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para 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 produce a principio de cada año (1.º de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría realizar cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos que ahora están disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Es posible que el gobierno haya aprobado un uso nuevo para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O bien, podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha comprobado que no es eficaz.
- **Agregar o eliminar una restricción sobre la cobertura de un medicamento** (para obtener más información acerca de las restricciones sobre la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que toma?
--

Información acerca de los cambios en la cobertura de los medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea periódicamente para incluir los cambios que se hayan producido después de la última actualización. A continuación, le indicamos las veces que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que toma actualmente. Para obtener más información, también puede comunicarse con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos le afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año en curso en los siguientes casos:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca de la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca o ambos).**
 - Podemos eliminar un medicamento de marca de inmediato de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

uno más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas.

- Incluso si actualmente toma el medicamento de marca, es posible que no le informemos de ese cambio con anticipación.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos con la cobertura del medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
 - Si toma el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba esta notificación antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, un medicamento puede retirarse repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por otra razón. Si esto sucede, retiraremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le informaremos de este cambio inmediatamente.
 - La persona autorizada a dar recetas también se enterará de este cambio y podrá conversar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
 - **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Una vez comenzado el año, es posible que introduzcamos otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones sobre el medicamento de marca o ambos. Además, podríamos hacer cambios en función de las advertencias del recuadro de la FDA o de las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos enviarle una notificación acerca del cambio con al menos 30 días de anticipación o proporcionarle una notificación sobre el cambio y una renovación de 30 días del medicamento que toma en una farmacia de la red.
 - Después de recibir la notificación, debe conversar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar por otro medicamento que cubramos.
 - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos con la cobertura de su medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: en el caso de los cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente toma el medicamento, los siguientes tipos de

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

cambios no le afectarán hasta el 1.º de enero del año siguiente si permanece en el plan:

- Si ponemos una nueva restricción en el uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que toma (pero no debido a que se retira del mercado, un medicamento genérico sustituye a uno de marca o por otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o el monto que paga como su parte del costo hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en el uso del medicamento. Este año, no recibirá ningún aviso directo sobre los cambios que no le afecten a usted. Sin embargo, el 1.º de enero del próximo año, los cambios le afectarán y es importante que verifique la Lista de medicamentos para el nuevo año de beneficios a fin de consultar algún cambio en los medicamentos.

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 detallan los tipos de medicamentos con receta que se encuentran "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

No pagaremos por los medicamentos que se enumeran en esta sección. Única excepción: si, tras la apelación, se determina que el medicamento solicitado no es un medicamento excluido conforme a la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación concreta. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este folleto). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, debe pagarlo usted mismo.

A continuación, se detallan tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según 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 y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. El "uso no indicado en la etiqueta" es todo uso del medicamento distinto del indicado en su etiqueta, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - Por lo general, la cobertura para el "uso no indicado en la etiqueta" se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas fuentes de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Información DRUGDEX. Si ninguno de estos libros de referencia respalda el uso, nuestro plan no puede cubrir el "uso no indicado en la etiqueta".

Además, por ley, Medicare no cubre las categorías de medicamentos que se enumeran a continuación. Sin embargo, la cobertura de medicamentos de Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos. Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta conforme a sus beneficios de Medicaid, comuníquese con su plan de salud de Medicaid o la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Medicaid de Texas que aparece en el Capítulo 2 de este folleto.

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos para estimular la fertilidad.
- Medicamentos para aliviar la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para favorecer el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparados de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante trata de exigir que las pruebas o los servicios de monitoreo afines se adquieran exclusivamente del fabricante como condición para su venta.

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan al momento de surtir una receta

Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía
--------------------	--

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando lo haga, la farmacia de la red le facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos de su medicamento con receta cubierto. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire el medicamento con receta.

Sección 8.2	¿Qué ocurre si no lleva consigo su tarjeta de membresía?
--------------------	---

Si no lleva consigo su tarjeta de membresía del plan al momento de surtir su receta, pídale a la farmacia que se comunique con el plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede conseguir la información, **es probable que tenga que pagar el costo total del medicamento con receta al momento de retirarlo.** (Puede **solicitarnos que le**

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

reembolsemos nuestra parte. Para obtener más información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7).

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en casos especiales

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está internado en el hospital o en un centro de enfermería especializada y el plan lo cubre?

Si lo admiten en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una internación cubierta por el plan, normalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante la internación. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección en las que se explican las normas para obtener la cobertura de medicamentos.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia de ancianos) cuenta con farmacia propia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, puede adquirir sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando esta forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención de largo plazo forma parte de nuestra red. Si no lo es o precisa más información, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC) y se convierte en un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de membresía. El suministro total será de un máximo de 30 días, o menos, si su receta está prescrita para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar desperdicios). Si ha sido miembro del plan por más de *90 días* y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o el plan tiene alguna restricción sobre la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días, o menos, si su receta está prescrita para menos días.

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se le acabe. Es posible que haya un medicamento diferente que cubra el plan que podría resultarle igual de eficaz. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que realice una excepción y cubra el medicamento de la manera deseada. Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 se detalla lo que corresponde hacer.

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

El programa de servicios paliativos y nuestro plan nunca cubren los medicamentos al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, laxante, analgésico o ansiolítico que no esté cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y afecciones afines, nuestro plan debe recibir una notificación de la persona autorizada a dar recetas o del proveedor del centro de cuidados paliativos de que el medicamento no guarda relación con la enfermedad antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento que no esté relacionado y que deba ser cubierto por nuestro plan, puede pedirle al proveedor del centro de cuidados paliativos o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no tiene ninguna relación antes de pedirle a la farmacia que surta su receta.

En caso de que revoque su elección del centro de cuidados paliativos o sea dado de alta, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia al finalizar su beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección en las que se explican las normas para obtener la cobertura de medicamentos conforme a la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), se brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que paga.

SECCIÓN 10 **Programas sobre seguridad y administración de medicamentos**

Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a tomar los medicamentos en forma segura
---------------------	--

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada. Estas revisiones son particularmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

Efectuamos una revisión cada vez que surte una receta. Además, revisamos nuestros registros con frecuencia. Durante estas revisiones, nos atenemos a buscar posibles problemas, como por ejemplo:

- Posibles errores de medicación.
- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque toma otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que podrían no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarle si se toman al mismo tiempo.
- Recetas prescritas para los medicamentos que tienen componentes a los que es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades nocivas de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en el uso de los medicamentos, nos pondremos en contacto con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides en forma segura

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos de los que se hace un uso indebido con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si toma medicamentos opioides que adquiere de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su consumo sea apropiado y medicamento necesario. Al conversar con sus médicos, si decidimos que la toma de medicamentos opioides con receta no es segura, podemos limitar la forma en que puede obtenerlos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que adquiera todas sus recetas de medicamentos opioides en determinadas farmacias.
- Exigirle que adquiera todas sus recetas de medicamentos opioides de ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides que le cubriremos.

Si creemos que le corresponde una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta por adelantado. La carta contendrá información que detalle las limitaciones que creemos que le corresponden. Además, tendrá la oportunidad de indicarnos los médicos o las farmacias que prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante para nosotros. Luego de su respuesta, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta con la confirmación de la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra resolución de que está en riesgo por el uso indebido de medicamentos con receta o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a solicitarnos una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le comunicaremos la decisión. Si continuamos denegando 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. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, tales como cáncer, recibe atención para enfermos terminales, cuidados paliativos o para las últimas instancias de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

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

Contamos con un programa que puede ayudar a los miembros que tienen problemas de salud complejos.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de Gestión de Farmacoterapia (Medication Therapy Management, MTM).

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y gastan mucho dinero en ellos pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindarán una revisión integral de todos sus medicamentos. Podrá conversar sobre cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovecharlos al máximo sus medicamentos, con espacio para tomar notas o escribir las preguntas relacionadas con el seguimiento. Además, recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma y sus motivos.

Es una buena idea llevar a cabo una revisión de sus medicamentos antes de su visita anual de "Bienestar", para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a la cita o cuando hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve consigo su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo excluirémos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	127
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otra documentación en la que se explica su cobertura para medicamentos	127
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que pueda pagar por los medicamentos cubiertos	128
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de los medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento	128
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Community Health Choice HMO D-SNP?.....	128
SECCIÓN 3	Le enviamos informes en los que se explica los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	129
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual denominado "Explicación de los beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D").....	129
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos	130
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos	131
Sección 4.1	Usted no paga un deducible por los medicamentos de la Parte D	131
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.....	131
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene	131
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para un <i>mes</i> de un medicamento.....	132
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 para el mes completo	133
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos para un suministro a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento	133
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$6,550	134
Sección 5.6	Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo por medicamentos con receta.....	135
SECCIÓN 6	No existe un período sin cobertura para Community Health Choice HMO D-SNP	138
Sección 6.1	Usted no tiene un período sin cobertura para sus medicamentos de la Parte D.....	138

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos.....	138
Sección 7.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año	138
SECCIÓN 8	Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene	138
Sección 8.1	Es posible que nuestro plan tenga cobertura por separado para el medicamento de las vacunas de la Parte D y para el costo de la administración de la vacuna	138
Sección 8.2	Puede llamar a los Servicios para Miembros antes de que le administren una vacuna.....	140



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

Debido a que es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos con receta. Dado que se encuentra en el programa “Ayuda adicional”, **es posible que cierta información en esta *Evidencia de cobertura acerca de los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* no se aplique a usted.** Le hemos enviado un encarte por separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos) o “LIS Rider” (Cláusula adicional LIS), en la que se le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este encarte, póngase en contacto con los Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otra documentación en la que se explica su cobertura para medicamentos
--------------------	---

Este capítulo se centra en lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo usamos el término “medicamento” para hacer referencia a un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D; algunos 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 o por Medicaid.

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas a seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Los siguientes son los materiales en los que se explican estos conceptos básicos:

- **Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.** Para simplificar, se denomina “Lista de medicamentos”.
 - En esta Lista de medicamentos, se indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5, se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, también se indican qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- **Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). En el *Directorio de farmacias*, encontrará una lista de las farmacias de la red del plan. También se explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro de un medicamento a largo plazo (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que pueda pagar por los medicamentos cubiertos
--------------------	---

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de bolsillo que pueda pagar por los servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y existen tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El “**coseguro**” significa que paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtiene un medicamento con receta.

SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de los medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento
------------------	---

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Community Health Choice HMO D-SNP?
--------------------	---

Como se muestra en la tabla a continuación, existen “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare conforme a Community Health Choice HMO D-SNP. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre al momento de obtener un medicamento con receta o una reposición de este.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Etapa 1 <i>Etapa del deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa del período sin cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura en situaciones catastróficas</i>
Esta etapa de pago no se aplica a usted. (Puede ver los detalles en la Sección 4 de este capítulo).	Comienza en esta etapa cuando obtiene el primer medicamento con receta del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo. Permanece en esta etapa hasta que los “gastos de bolsillo” del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen \$6,550. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Dado que no existe un período sin cobertura en el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los gastos de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o los repone en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de los medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos a los que les hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina gasto **“de bolsillo”**.
- Llevamos un registro de sus **“costos totales de medicamentos”**. Este es el monto que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces, se denomina “EOB de la Parte D”) cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con la persona autorizada a dar recetas sobre estas opciones de costos más bajos. Esto incluye lo siguiente:

- **Información para dicho mes.** En este informe, se proporcionan los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó, y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales para el año desde el 1.º de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el inicio del año.

Sección 3.2**Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos**

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la forma siguiente:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos que se están surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un seguimiento de sus gastos de bolsillo, puede proporcionarnos copias de los recibos de los medicamentos que compró. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte del costo que nos corresponde por el medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, diríjase a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Los siguientes son algunos tipos de situaciones en las que es posible que quiera proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que gastó por sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto conforme a circunstancias especiales.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en sus gastos de bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, en sus gastos de bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

(AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas. Debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslo para que podamos realizar un seguimiento de sus gastos.

- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, léala para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si cree que al informe le falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Constituyen un registro importante sobre sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos

Sección 4.1	Usted no paga un deducible por los medicamentos de la Parte D
--------------------	--

No existe deducible para Community Health Choice HMO D-SNP. Comienza en esta Etapa de cobertura inicial cuando obtiene el primer medicamento con receta 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 la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene
--------------------	---

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (su copago). La parte que le corresponde del costo variará según el medicamento y dónde obtiene el medicamento con receta.

Sus opciones de farmacia

El monto que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista que se encuentra en la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan.
- Una farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo obtener los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para un mes de un medicamento**

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

- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento o el monto del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos con receta en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para un mes de un medicamento con receta de la Parte D cubierto:

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LCT) (suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Nivel	Según el nivel de Ayuda adicional, paga lo siguiente:			
Nivel 1				
Medicamentos genéricos/ de marca preferida	De \$0 a \$3.70 de copago	De \$0 a \$3.70 de copago	De \$0 a \$3.70 de copago	De \$0 a \$3.70 de copago
Otros medicamentos	De \$0 a \$9.20 de copago	De \$0 a \$9.20 de copago	De \$0 a \$9.20 de copago	De \$0 a \$9.20 de copago

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 para el mes completo
--------------------	---

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes. Puede haber ocasiones en las que quiera solicitar a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando por primera vez un medicamento que tiene efectos secundarios graves conocidos). Si su médico le receta un suministro de un medicamento para menos de un mes completo, no tendrá que pagar el suministro para un mes completo de ciertos medicamentos.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes dependerá de si es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento será inferior si recibe un suministro para menos de un mes completo, el *monto* que paga será menor.
- Si es responsable de pagar un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (“tarifa del costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
 - A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento por un suministro para un mes completo (suministro para 30 días) es \$30. Esto significa que el monto que paga por día por su medicamento es \$1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días, lo que da un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de que deba pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro de un medicamento o de varios medicamentos para menos de un mes completo, en caso de que esto le ayude a planificar mejor las fechas de resurtido de los distintos medicamentos con receta para que pueda ir menos veces a la farmacia. El monto que pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Para obtener más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

En la siguiente tabla se muestra lo que paga cuando recibe un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Su parte del costo cuando recibe un suministro a *largo plazo* de un medicamento con receta de la Parte D cubierto:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 90 días)
Según el nivel de Ayuda adicional, paga lo siguiente:		
Nivel 1 de costo compartido		
Medicamentos genéricos/de marca preferida	De \$0 a \$3.70 de copago	De \$0 a \$3.70 de copago
Otros medicamentos	De \$0 a \$9.20 de copago	De \$0 a \$9.20 de copago

Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$6,550
--------------------	---

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha surtido y resurtido llegue al **límite de \$6,550 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que usted ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye:
 - El monto total que pagó cuando se encontraba en la Etapa del deducible, que es \$0 o \$92.
 - El total que pagó como su parte del costo de los medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo por los medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento en 2021, el monto que ese plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de medicamentos).

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, al igual que terceros, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite por año de \$6,550.

Le informaremos si alcanza este monto de \$6,550. Si llega a este monto, abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Sección 5.6	Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo por medicamentos con receta
--------------------	---

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos de bolsillo. Cuando alcance el límite de \$6,550 de gastos de bolsillo, abandona la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de sus gastos de bolsillo por los medicamentos.

Estos pagos están incluidos en los gastos de bolsillo.

Cuando sume sus gastos de bolsillo, **puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectuó **otra persona u organización** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, Programas de Asistencia de Medicamentos para el SIDA, un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté calificado por Medicare o el Servicio de Salud para

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Indígenas. También se incluyen los pagos realizados por el programa "Ayuda adicional" de Medicare.

Pasar a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) ha gastado un total de \$6,550 en gastos de bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo.

Cuando suma sus gastos de bolsillo, no **se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos para medicamentos con receta:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos cubiertos únicamente por Medicaid.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza por medicamento con receta que normalmente no están cubiertos en un plan para medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para los medicamentos genéricos o de marca mientras estaba en la Etapa del período sin cobertura.
- Pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asunto de los Veteranos.
- Pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, Compensación de Trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo para medicamentos, debe comunicárselo a nuestro plan. Llame a los Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede llevar un registro de sus gastos totales de bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo (en la Sección 3 del presente capítulo, se detalla sobre este informe). Cuando alcanza un total de \$6,550 en gastos de bolsillo en el año, en este informe se le dirá que ha pasado de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se describe lo que puede hacer ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 6 No existe un período sin cobertura para Community Health Choice HMO D-SNP

Sección 6.1 Usted no tiene un período sin cobertura para sus medicamentos de la Parte D

No existe un período sin cobertura para Community Health Choice HMO D-SNP. Una vez que abandone la Etapa de cobertura inicial, pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 7 para obtener información acerca de su cobertura en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$6,550 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- **Su parte** del costo para un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - o \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$9.20 para todos los otros medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Consulte el encarte por separado (la “Cláusula adicional LIS”) para obtener información acerca de sus costos durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

SECCIÓN 8 Lo que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1 Es posible que nuestro plan tenga cobertura por separado para el medicamento de las vacunas de la Parte D y para el costo de la administración de la vacuna

Nuestro plan ofrece cobertura para una cantidad de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Nuestra cobertura para vacunas de la Parte D tiene dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la **colocación de la vacuna**. (A veces se lo denomina “administración” de la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

- 1. El tipo de vacuna** (el motivo por el que se vacuna).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
- 3. Quién le administra la vacuna.**

Lo que paga al momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total que corresponde tanto al medicamento de la vacuna como a su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o su administración, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, hay tres formas comunes de cómo podría recibir la vacuna de la Parte D.

Situación 1: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de la administración de la misma.
- El plan pagará los costos restantes.

Situación 2: obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague su parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará la cantidad que haya pagado menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración). (Si recibe “Ayuda adicional”, se le reembolsará esta diferencia).

Situación 3: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego, la lleva al consultorio del médico, donde se le administra.

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, pagará el costo total por este servicio. Luego, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo mediante el uso de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por administrarle la vacuna.

Sección 8.2**Puede llamar a los Servicios para Miembros antes de que le administren una vacuna**

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que primero llame a los Servicios para Miembros cuando esté planificando vacunarse. (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle cómo cubre nuestro plan su vacunación y explicarle cuál es la parte del costo que le corresponde pagar.
- Le podemos informar cómo mantener bajo su propio costo mediante el uso de proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para solicitarnos que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos los medicamentos o servicios cubiertos Error! Bookmark not defined.
Sección 1.1	Si paga por sus medicamentos o servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso..... Error! Bookmark not defined.
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió..... Error! Bookmark not defined.
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago Error! Bookmark not defined.
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no Error! Bookmark not defined.
Sección 3.1	Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos Error! Bookmark not defined.
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación..... Error! Bookmark not defined.
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias Error! Bookmark not defined.
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo para los medicamentos ... Error! Bookmark not defined.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos los medicamentos o servicios cubiertos****Sección 1.1 Si paga por sus medicamentos o servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso**

Nuestros proveedores de la red le facturan directamente al plan por sus medicamentos y servicios cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la examinaremos y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

No podemos reembolsarle directamente por un artículo o servicio de Medicaid.

Si recibe una factura por los artículos y servicios cubiertos por Medicaid, envíenosla.

No debe pagar la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema. Sin embargo, si paga la factura, puede recibir un reembolso de dicho proveedor de atención médica si cumplió con las normas para recibir el servicio o artículo.

Si ya ha pagado por un artículo o servicio de Medicare cubierto por el plan,

puede pedirle a nuestro plan que le pague (generalmente, esto se denomina “reembolsarle”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la examinaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le reembolsaremos los servicios o los medicamentos.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

1. Cuando ha recibido atención médica de urgencia o emergencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan.

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de urgencia o emergencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, debe pedirle que le facture al plan.

- Si paga el monto total al momento de recibir la atención, debe pedirnos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le solicita pagar un monto que considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Si ya ha pagado por el servicio, le haremos un reembolso.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que considera que no debe pagar.

Los proveedores de la red siempre deben facturarle al plan directamente. Pero, a veces, cometen errores y le piden que pague por sus servicios.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Debe pedirnos que le hagamos un reembolso.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede, incluso, haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le hagamos un reembolso. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso. Comuníquese con los Servicios para Miembros para obtener información adicional sobre cómo solicitar el reembolso y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta.

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Cubrimos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red solo en pocas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicita el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

5. Cuando paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan.

Si no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o busque su información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicita el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones.

Puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan o podría tener un requisito o restricción que no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la examinaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento se deben cubrir. Esto se denomina tomar una «decisión de cobertura». Si decidimos que se debe cubrir, le pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si le denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea realizar una copia de su factura y recibos para sus registros.

Para asegurarnos de que nos proporcione toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para presentar su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/Medicare) o llame a los Servicios para Miembros y solicítelo. (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Community Health Choice HMO D-SNP
ATTN: Claims Payment
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Debe presentarnos la reclamación de la Parte C (médica) dentro de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Debe presentarnos la reclamación de la Parte D (medicamento con receta) dentro de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado o recibe facturas y no sabe qué hacer con las mismas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea brindarnos más información acerca de una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3, se explican las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. En el Capítulo 5, se explican las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo de la atención o el medicamento. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explicarán las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación
--

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección de introducción en la que se explica el proceso de decisiones y apelaciones de cobertura, y se proporcionan definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 5, puede pasar a la sección del Capítulo 9 en la que se explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para obtener el reembolso de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo para los medicamentos
--------------------	---

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. En cambio, nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápido.

A continuación, se presenta el ejemplo de una situación en la que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que realizó por sus medicamentos:

Cuando recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos que está fuera de los beneficios del plan. Si recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que tenga que pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar sus gastos de bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Para tener en cuenta:** Debido a que está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero, si envía una copia del recibo, nos permite calcular sus gastos de bolsillo correctamente y puede

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

ayudarle a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápido.

Debido a que no está solicitando un pago en el caso descrito anteriormente, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- SECCIÓN 1** **Nuestro plan debe cumplir con sus derechos como miembro del plan Error! Bookmark not defined.**
- Sección 1.1 Debemos brindarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas además de español, en Braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)..... **Error! Bookmark not defined.**
- Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y los medicamentos cubiertos..... **Error! Bookmark not defined.**
- Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal.....**Error! Bookmark not defined.**
- Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos **Error! Bookmark not defined.**
- Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención**Error! Bookmark not defined.**
- Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado **Error! Bookmark not defined.**
- Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? **Error! Bookmark not defined.**
- Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos. **Error! Bookmark not defined.**
- SECCIÓN 2** **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan..... Error! Bookmark not defined.**
- Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? **Error! Bookmark not defined.**

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe cumplir con sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos brindarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas además de español, en Braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Community Health Choice HMO D-SNP at (833) 276-8306 toll-free or local (713) 295-5007. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact (833) 276-8306 toll-free or local (713) 295-5007 for additional information.

“Para que podamos brindarle información en una forma que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas que los miembros que no hablan inglés y que están discapacitados puedan entender. También, si lo necesita, podemos brindarle la información en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan, en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que podamos brindarle información en una forma que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles, la Oficina de Derechos Civiles, la Comisión de Salud y Servicios Humanos, 701 W. 51st Street MC W206, Austin Texas 78751.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, por favor llame para presentar una queja ante Community Health Choice HMO D-SNP al (833) 276-8306 o al número gratuito o local al (713) 295-5007.

También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de cobertura o en este correo, o puede llamar al (833) 276-8306 al número gratuito o local al (713) 295-5007 para obtener información adicional”.

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

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red del plan para brindar y coordinar sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3, se explica más al respecto). Llame a los Servicios para Miembros para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). No exigimos que obtenga derivaciones para realizar consultas con proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas y recibir servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, en la Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto se explica lo que puede hacer. (Si le hemos denegado la cobertura para su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 5 del Capítulo 9 se explica lo que puede hacer).

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus historias clínicas y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le proporcionamos un aviso por escrito que se denomina “Aviso de prácticas de privacidad”, en el que se le informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su*

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

autorización por escrito antes de hacerlo. El permiso por escrito puede ser otorgado por usted o por alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted.

- Existen ciertas excepciones que no nos obligan a obtener primero su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por ley.
 - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las reglamentaciones y los estatutos federales.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Usted tiene derecho a ver su historia clínica que tiene el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por realizar copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos sus historias clínicas. Si nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios se deben realizar.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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 proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de Community Health Choice HMO D-SNP, tiene derecho a obtener diversos tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que le sea conveniente. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes de español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones realizadas por los miembros y las calificaciones de rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de farmacias.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/ Medicare.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para obtener los servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener más información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, se describe qué medicamentos están cubiertos y se explican las normas con las que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tienen cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de una farmacia o un proveedor fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Nos puede solicitar que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información

sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la forma en que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9, también se explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).

- Si quiere solicitarle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

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

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

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera tal que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir «no».** Tiene derecho a negarse a recibir un tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Por cierto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que le brindemos una explicación si un proveedor ha denegado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este folleto, se indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo.

A veces, las personas pueden volverse incapaces de tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede realizar lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que maneje su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para proporcionar sus indicaciones con antelación para estos casos se denominan «**instrucciones anticipadas**». Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para las mismas. Los documentos denominados «**testamento vital**» y «**poder notarial de atención médica**» son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus indicaciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar una instrucción anticipada, puede obtener un formulario de su abogado o del asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas pertinentes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la que tome las decisiones en su nombre si usted no puede. Es posible que también quiera darles copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que estará hospitalizado y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- Si es internado en el hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección completar o no un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle cuidado ni puede discriminarlo por haber firmado instrucciones anticipadas.

¿Qué pasaría si sus instrucciones no se cumplen?

Si ha firmado una instrucción anticipada y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se mencionan, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, en el Capítulo 9 de este folleto, se indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Es posible que necesite solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por usted, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura o realizar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o realizar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros hayan presentado en contra de nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?
--------------------	--

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

Si cree que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar 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.

¿Se trata de algo diferente?

Si cree que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos y no se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está teniendo:

- Puede **llamar a los Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

- O bien, **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.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a los Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación «Medicare Rights & Protections» (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.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 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice este folleto de Evidencia de cobertura para conocer lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, se brindan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas a seguir y lo que paga.
 - En los Capítulos 5 y 6, se brindan más detalles sobre su cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura para medicamentos con receta, además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** Llame a los Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

- Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que esté utilizando la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina «**coordinación de beneficios**» porque implica la coordinación de los beneficios de medicamentos y salud que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de medicamentos y salud a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Infórmeles a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden brindándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le brinden la mejor atención, obtenga toda la información que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos, las vitaminas y los suplementos de venta libre.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica le expliquen las cosas de una manera que pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
 - Para poder ser elegible para nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Community Health Choice HMO D-SNP, Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califica para esto automáticamente) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento. Este será un copago (un monto fijo). En el Capítulo 6, se le informa lo que debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
 - Si recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
- Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada del folleto).
 - **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1, se informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio.
 - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto** para mantener actualizado su registro de miembro y saber cómo podemos contactarlo.
 - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a los Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario en el que puede llamar a los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	165
Sección 1.1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....	165
Sección 1.2	Acerca de los términos legales	165
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros.....	166
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	166
SECCIÓN 3	Para tratar su problema, ¿qué proceso se debe utilizar?	167
Sección 3.1	¿Debería usar el proceso para los beneficios de Medicare o Medicaid?	167
PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u>.....Error! Bookmark not defined.		
SECCIÓN 4	Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de <u>Medicare</u>.....	168
Sección 4.1	¿Debería usar el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones? O bien, ¿debería utilizar el proceso para presentar quejas?	168
SECCIÓN 5	Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	169
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general	169
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación.....	170
Sección 5.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación?.....	171
SECCIÓN 6	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	171
Sección 6.1	En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos su atención	172
Sección 6.2	Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea).....	173
Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura para atención médica tomada por nuestro plan).....	177
Sección 6.4	Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2	180
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?	183

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

SECCIÓN 7	Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	184
Sección 7.1	En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D	184
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?.....	186
Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones.....	187
Sección 7.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	188
Sección 7.5	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan).....	191
Sección 7.6	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2	194
SECCIÓN 8	Cómo solicitamos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	197
Sección 8.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le explicarán sus derechos	197
Sección 8.2	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	199
Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	202
Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	203
SECCIÓN 9	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	206
Sección 9.1	<i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i>	<i>206</i>
Sección 9.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura.....	207
Sección 9.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo.....	208
Sección 9.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo.....	210
Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?	211
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	214
Sección 10.1	Apelaciones de niveles 3, 4, y 5 para solicitudes de servicios médicos	214
Sección 10.2	Apelaciones de niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D ..	216

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

SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	217
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?.....	217
Sección 11.2	El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja”	219
Sección 11.3	Paso a paso: cómo presentar una queja.....	220
Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad	221
Sección 11.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja.....	222
PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICAID</u>	222	
SECCIÓN 12	Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de <u>Medicaid</u>.....	222

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

En este capítulo, se explican los procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar problemas dependerá de dos cuestiones:

1. Si su problema es sobre los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea recibir ayuda para decidir si utiliza el proceso de Medicare, el proceso de Medicaid o ambos, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
2. El tipo de problema que tenga:
 - Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar, en este capítulo se explican las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente aparece «presentar una queja» en lugar de «interponer una queja», «decisión de cobertura» en lugar de «determinación de la organización» o «determinaciones de cobertura» o «determinación en riesgo» y «Organización de Revisión Independiente» en lugar de «Entidad de Revisión Independiente». También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o la información adecuadas para usted. Para ayudarle a

saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente.

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Pero, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. 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 comprender el proceso que debe utilizar para tratar un problema que tenga. Además, también pueden responder sus preguntas, brindarle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare.

Para obtener más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de 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.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid.

Para obtener más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Aquí se presentan dos maneras para obtener información directamente de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

- Puede llamar al 1-877-541-7905, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al 1-800-735-2989.

- Puede visitar su sitio web en www.hhs.texas.gov.

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debería usar el proceso para los beneficios de Medicare o Medicaid?
--

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, cuenta con diferentes procesos que puede usar para manejar su problema o queja. El proceso que utilice dependerá de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o Medicaid. Si el problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, deberá utilizar el proceso de Medicare. Si el problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, deberá utilizar el proceso de Medicaid. Si desea recibir ayuda para decidir si usa el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).

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

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud específicos, **EMPIECE AQUÍ.**

¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

(Si desea recibir ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o de Medicaid, comuníquese con los Servicios para Miembros. Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Diríjase a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, “Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicare”**.

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

Diríjase a la **Sección 12** de este capítulo, **“Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicare”**.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debería usar el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones? O bien, ¿debería utilizar el proceso para presentar quejas?
--------------------	---

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

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

¿Su problema o inquietud tienen que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Diríjase a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, “Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No. Mi problema no es sobre los beneficios ni la cobertura.

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

SECCIÓN 5 Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

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

El proceso para preguntar sobre las decisiones de cobertura y la presentación de apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de su parte o si su médico de la red lo deriva a un especialista. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitarnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no estén cubierto o que ya no tengan cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho al respecto, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos la revisión y la modificación de una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es leída por personas diferentes a las que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En algunas circunstancias, que abordaremos más adelante, puede solicitar una decisión acelerada o “decisión rápida de cobertura”, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

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

Si se rechaza parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nuestro plan.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.
- En otras situaciones, deberá pedir una apelación de Nivel 2.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2, consulte la **Sección 6.4** de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación
--------------------	---

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a los Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- **Puede recibir ayuda gratis** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
 - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
 - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben ser designados como su representante.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
 - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sean su representante, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de “Designación de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la

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

autorización para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y la persona que desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de referencia. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 5.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación?
--------------------	--

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, proporcionamos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **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 con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

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



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 6.1 En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para
obtener cobertura para atención médica o si desea que le
reembolsemos su atención**

En esta sección, se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*. Para simplificar, en general, hablaremos de “cobertura para atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas para la solicitud de medicamentos con receta de la Parte D. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos con receta de la Parte D son distintas de las normas para los artículos y los servicios médicos.

En esta sección, se indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.
 2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
 3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
 4. Recibió atención médica y pagó por ella, pero cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención.
 5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.
- **NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF),** debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en dichas situaciones:
 - Sección 8 de este capítulo: *Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
 - Sección 9 de este capítulo: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).
 - Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 6) como guía sobre lo que tiene que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Averiguar si cubriremos la atención médica que desea.	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Diríjase a la sección siguiente de este capítulo, Sección 6.2 .
Si le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico en la forma en que querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Diríjase a la Sección 6.3 de este capítulo.
Si desea pedirnos que le reembolsemos la atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Diríjase a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales

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

Paso 1: le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida de cobertura**”.

Términos legales

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

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.

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

- Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, diríjase a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección que se denomina: *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros al solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica.*

Por lo general, usamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión.

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. **Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- En el caso de una solicitud **para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores que no pertenecen a la red) que podría beneficiarle. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos dentro de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.**
 - **En el caso de una solicitud para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores que no pertenecen a la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**

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

- Puede solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que haya recibido).
- Puede solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándar pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, automáticamente aceptaremos proporcionársela.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándar en su lugar).
 - En esta carta, se le informará que, si su médico pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
 - En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión “rápida” de cobertura***

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura para la solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta en el **plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales conforme a ciertas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

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

- Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), o dentro de 24 horas si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 más adelante, se explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura para la atención médica que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura relacionada con su solicitud de artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de ese período extendido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación detallada por escrito sobre el motivo por el que rechazamos su solicitud.

Plazos para una decisión “estándar” de cobertura

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura para la solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud**. Si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud.
 - En el caso de una solicitud para un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (“una extensión del plazo”) conforme a determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), o dentro de 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 más adelante, se explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos ofrecer en el plazo de 14 días calendario, o dentro de 72 horas si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B, después de recibida la solicitud, Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura relacionada con su solicitud de artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de ese período extendido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una explicación por escrito sobre el motivo por el que rechazamos su solicitud.

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

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura para atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura para atención médica se denomina “reconsideración” del plan.

Paso 1: nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
 - Si un tercero, que no sea su médico, apela nuestra decisión, debe adjuntar a la apelación el formulario de Designación de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, póngase en contacto con los Servicios para Miembros (los números de teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario “Designación de un representante”. También se encuentra disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/cms1696.pdf [los planes también pueden agregar: o en nuestro sitio web [ingresar sitio web o vínculo para el formulario]]. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que

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

lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión para descartar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique el motivo por el que su apelación es tardía cuando la presente. Podemos ofrecerle más tiempo para que presente su apelación. Los ejemplos de una causa justificada para haber perdido el plazo límite pueden incluir el hecho de que una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Tenemos permitido cobrar una tarifa por hacer una copia y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede llamarnos para solicitar una).

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y los procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones fueron dadas anteriormente en esta sección).

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

- Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final del plazo extendido, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se informa sobre esta organización y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, tenemos que darle nuestra respuesta sobre una solicitud para un artículo o servicio médico **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le proporcionaremos nuestra decisión antes si su afección médica así lo exige.

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

- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud está relacionada con un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta para el plazo aplicable arriba (o al final del plazo extendido, en caso de que tomemos días adicionales en su solicitud para un artículo o servicio médico), tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

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

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

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

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces, se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: la Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** [Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer una copia y enviarle esta información.](#)
- Tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación “rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “rápida” en el Nivel 2.

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una apelación “estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una apelación “estándar” en el Nivel 2.

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.

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

- su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud para un artículo o servicio médico**, debemos hacer lo siguiente:
 - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de 72 horas**.
 - Proporcionar el servicio dentro de **14 días calendario** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes estándar**.
 - Proporcionar el servicio **dentro de 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 acepta parte o la totalidad de una solicitud para medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos hacer lo siguiente:
 - Autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare cuestionado **dentro de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes estándar**.
 - Autorizar **dentro de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con su plan en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir con un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede

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

presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. En el aviso por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente se le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si su caso reúne los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelaciones). Para obtener más información, consulte la Sección 10 de este capítulo.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 10 de este capítulo, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También se informa cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra.

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud.

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O bien, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura.

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

- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos por los servicios y le daremos las razones. (Rechazar su solicitud de pago equivale a *negar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

<p>Sección 7.1</p>	<p>En esta sección, se le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D</p>
---------------------------	---

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

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

- **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones con respecto a la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.

Los siguientes son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como:
 - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*.
 - Solicitarnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
 - *Para tener en cuenta:* si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, esta le proporcionará un aviso por escrito en el que se le explicará cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que pagemos un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección, se indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece a continuación para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

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

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
Si quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Diríjase a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Puede pedirnos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura). Diríjase a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si ya le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la forma en que querría que lo hiciéramos.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que lo reconsideremos). Diríjase a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que a le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Los siguientes son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar la receta pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** (La denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviar).

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, “**excepción al formulario**”.

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

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 1 que correspondan a “otros medicamentos”. No puede solicitar que hagamos una excepción con respecto al copago o el coseguro que debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Existen otras normas o restricciones que se aplican a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, “ excepción al formulario ”.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura para ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”).
 - *Que se exija probar primero con otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse “tratamiento escalonado”).
 - *Límites de cantidad.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo daría el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produciría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.

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

- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. En la Sección 7.5, se indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

En la siguiente sección, se indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4	Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Paso 1: nos solicita que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una “**decisión rápida de cobertura**”. **No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros al solicitar una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D*. O bien, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección denominada *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos solicita que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. En la Sección 5.2 de este capítulo, se indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento**, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”**. Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo denominamos “declaración de respaldo”). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración por escrito, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 7.2 y 7.3 de este capítulo.

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

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una “decisión rápida de cobertura”

Términos legales
Una “decisión rápida de cobertura” se denomina “ determinación acelerada de cobertura ”.

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos los plazos “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a *un medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
 - Puede solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándar pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una “decisión rápida de cobertura”, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándar en su lugar).
 - En esta carta, se le informará que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, automáticamente le proporcionaremos una decisión rápida de cobertura.
 - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Se indica cómo presentar una queja “rápida”, que significa que recibiría la respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener

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

más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.***Plazos para una decisión “rápida” de cobertura***

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo por el que rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**

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

- Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo por el que rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo por el que rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 7.5

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D se denomina “**redeterminación**” del plan.

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

Paso 1: nos contacta y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con nosotros.**
 - Para obtener más detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una causa justificada para haber perdido el plazo límite pueden incluir el hecho de que una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.**
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Tenemos permitido cobrar una tarifa por hacer una copia y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

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

- Si va a apelar una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo por el que rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación para un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**

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

- Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no después de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo por el que rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo por el que rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6**Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2**

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisará la decisión que tomamos de rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

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

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces, se la denomina “**IRE**”.

Paso 1: para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con la Organización de Revisión Independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para 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 deberá respetar y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su “expediente de caso”. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer una copia y enviarle esta información.**
- Tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos que la fundamentan.

Plazos para la apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acepta otorgarle una “apelación rápida”, dicha organización deberá comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

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

- Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos para la apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva. En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelaciones).

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

- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 10 de este capítulo, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le darán el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que se va del hospital es la “**fecha del alta**”.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una estadía más prolongada en el hospital y se considerará su solicitud. En esta sección, se indica cómo solicitarla.

Sección 8.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare donde se le explicarán sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no recibe el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos los siguientes:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y saber quién pagará por ella.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
<p>En el aviso por escrito de Medicare se explica cómo puede “solicitar una revisión inmediata”. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (En la Sección 8.2 a continuación, se explica cómo solicitar una revisión inmediata).</p>

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - A usted o alguien que actúe en su nombre se le pedirán que firmen el aviso. (En la Sección 5.2 de este capítulo, se indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
 - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. En el aviso no se informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
 - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
 - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) 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 consultar el aviso en línea en

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

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado y pida una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que controle y ayude a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*), se explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

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

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche de la fecha del alta**. (La “fecha prevista del alta” es la fecha que se fijó para que abandone el hospital).
 - Si usted cumple con este plazo, se lo autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba luego de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y todavía desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Pida una “revisión rápida”:

- Debe pedirle a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que efectúe una “**revisión rápida**” del alta. Pedir una “revisión rápida” significa que le pide a la organización que use plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una “ revisión rápida ” también se denomina “ revisión inmediata ” o “ revisión acelerada ”.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los denominaremos “revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicarán en detalle las razones por las que su

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

médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación por escrito se denomina “**Aviso detallado del alta**”. Puede recibir una muestra de este aviso llamando a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada del folleto) 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 bien, puede consultar el aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará al mediodía del día posterior** a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el Mejoramiento de Calidad le dé la respuesta a su apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para
cambiar la fecha del alta del hospital**

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de la hospitalización que reciba luego de la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: se pone en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión en un plazo de 14 días calendario luego de recibir su solicitud de una segunda revisión.***Si la organización de revisión la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para el Mejoramiento de Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para la atención para pacientes internados en un hospital durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

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

- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 10 de este capítulo, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros.

Como se explica anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. (“Rápido” significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta, lo que suceda primero). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Los primeros dos niveles de apelación son diferentes si usa esta otra forma de presentar su apelación.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.

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

Paso 1: contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: hacemos una revisión “rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de Revisión Independiente”**. Si hacemos esto, significa que pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

Paso a paso: proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos de rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces, se la denomina “ IRE ”.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nuestro plan debe seguir brindando cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
 - En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo continuar con la apelación de

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

Nivel 3, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 **Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto**

<p>Sección 9.1</p>	<p><i>Esta sección trata solo acerca de tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)</i></p>
---------------------------	--

En esta sección, se hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como “centro de atención de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*.

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

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura
--------------------	---

- 1. Recibirá un aviso por escrito.** Al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, recibirá un aviso.
 - En el aviso por escrito, se le indicará la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - También se le indicará qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
<p>Como le indica qué puede hacer, en el aviso por escrito se explica cómo puede solicitar una “apelación de vía rápida”. Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (En la Sección 9.3, a continuación, se explica cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).</p>
<p>El aviso por escrito se denomina “Aviso de la cobertura que no es Medicare”. Para obtener una copia de muestra, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada del folleto) o llame 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 copia en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html.</p>

- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
 - A usted o alguien que actúe en su nombre se le pedirán que firmen el aviso. (En la Sección 5.2, se indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
 - La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo**

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto). O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: presente su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió, se le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación de vía rápida” (que realice una revisión independiente) con respecto a si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

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

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Para iniciar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia que figura en el Aviso de la cobertura que no es Medicare.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar una apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener información sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica de la Organización para el Mejoramiento de Calidad (los denominaremos “revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le haya dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación y usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales se finaliza la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación por escrito se denomina “Explicación detallada de no cobertura”.

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

**Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?**

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha en que le habíamos indicado**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha en que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que realiza es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4**Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo**

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura haya finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la atención médica a domicilio, la atención en un centro de atención de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: se pone en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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

Paso 2: la Organización para el Mejoramiento de Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión en un plazo de 14 días luego de recibir su solicitud de apelación.***¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos con respecto a su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 10 de este capítulo, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5**¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?****Puede presentar una apelación ante nosotros.**

Como se explica anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto

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

con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. *Los primeros dos niveles de apelación son diferentes* si usa esta otra forma de presentar su apelación.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*.
- **No se olvide de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándar”.

Paso 2: hacemos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha en que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.

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

- Si continuó recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una “Organización de Revisión Independiente”**. Si hacemos esto, significa que pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos de rechazar su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces, se la denomina “ IRE ”.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha

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

en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan con respecto a la primera apelación y no la modificará.
 - En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelaciones después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelaciones. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 10 de este capítulo, se explica más acerca de 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 Apelaciones de niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o el servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, en la respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 se le explicará con quién ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelaciones funcionan más o menos de la misma manera. A continuación, se indican cuáles son las personas que gestionan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (que se denomina juez de derecho administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

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

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** Decidiremos si se apela esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez de derecho administrativo o el abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra petición de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted si el valor del artículo o el servicio médico cumple con el valor en dólares solicitado.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

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

- Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso por escrito que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 **Apelaciones de niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 se explicará con quién ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelaciones funcionan más o menos de la misma manera. A continuación, se indican cuáles son las personas que gestionan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (que se denomina juez de derecho administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones concluirá.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

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

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones concluirá.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si se rechaza la apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso por escrito que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**



Si su problema es sobre las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada para usted*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Dirijase a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?**

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de reclamos se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Entre ellos, se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

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

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”.

Quejas	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto por su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Servicios para Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de atención médica? ¿O a los Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, cuando le van a dar una receta o en la sala de exámenes.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

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

Quejas	Ejemplo
<p>Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con lo <i>oportuno</i> de las medidas que tomemos con respecto a las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>El proceso para pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 10 de este capítulo. Si pide una decisión cobertura o presenta una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha pedido que le demos una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida” y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 11.2

El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja”

Términos legales

- En esta sección, una “**queja**” también se denomina “**reclamo**”.
- Otro término para “**presentar una queja**” es “**interponer una queja**”.
- Otra forma de decir “**usar el proceso para quejas**” es “**usar el proceso para interponer una queja**”.

Sección 11.3 Paso a paso: cómo presentar una queja

Paso 1: póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Generalmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo más que tenga que hacer, Servicios para Miembros se lo informará. Llame al número gratuito (833) 276-8306; los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertos 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Se puede presentar una queja enviando la información completa por escrito a Community Health Choice (HMO D-SNP) a la siguiente ubicación:**

ATTN: Grievance Department
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054

- La queja debe presentarse dentro de los sesenta (60) días a partir del evento o el incidente. Debemos finalizar la investigación de su queja tan rápido como lo requiera su caso, teniendo en cuenta su estado de salud, pero sin que transcurran más de treinta (30) días desde la recepción de su queja. Podemos ampliar el plazo para decidir sobre una queja a más tardar catorce (14) días si solicita una extensión, o si se justifica la necesidad de información y documentos adicionales, y la demora es para su conveniencia.
- Tiene derecho a presentar una queja acelerada siempre que tomemos una decisión de no otorgarle su solicitud de acelerar su petición para un servicio o sus medicamentos, o su apelación para un servicio o sus medicamentos. También tiene derecho a presentar una queja acelerada si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el tiempo que se necesita para tomar una decisión sobre su solicitud para un servicio o su apelación para un servicio. Para sus quejas aceleradas, debemos decidir dentro de veinticuatro (24) horas si nuestra decisión de denegar o rechazar la toma de una decisión acelerada pone en riesgo su vida o su salud, y enviarle la notificación a más tardar dentro de 24 horas a partir de la recepción. Cuando se exige una notificación por escrito para las quejas aceleradas, podemos, en primer lugar, proporcionar una notificación verbal de nuestra decisión y debemos enviar una confirmación por escrito de nuestra decisión dentro de 3 días calendario a partir de la notificación verbal.

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

- Un aviso de resolución de una queja proporcionará una explicación de nuestra investigación y le informará acerca de cualquier opción de resolución de disputas que pueda tener.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto de manera inmediata con Servicios para Miembros.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una queja “rápida”.** Si se le ha concedido una queja “rápida”, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

Términos legales
En esta sección, una “queja rápida” también se denomina “queja acelerada”.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección médica requiere que respondamos rápido, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responde dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones de dicha contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de Calidad
---------------------	---

Puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso que se describe anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para el Mejoramiento de Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).

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

- La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.
- Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.
- **O bien, puede presentar su queja a ambos al mismo tiempo.** Si así lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

Sección 11.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Community Health Choice HMO D-SNP directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, ingrese a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID**SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicaid**

Con su elegibilidad para Medicare y Medicaid, el programa de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Medicaid del estado de Texas (Medicaid) también puede cubrir parte de sus servicios del plan de salud. Por lo tanto, si cree que denegamos de manera incorrecta su solicitud para un servicio o el pago de un servicio, también puede tener derecho a pedirle al programa de Medicaid de Texas que pague los servicios. También puede tener apelaciones y quejas relacionadas con sus servicios cubiertos por Medicaid. Comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para analizar cualquier problema relacionado con los beneficios de Medicaid. La información de contacto de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas se encuentra en el Capítulo 2 (Números de teléfono y recursos importantes).

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	225
Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan.....	225
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	225
Sección 2.1	Es posible que pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid .	225
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual.....	226
Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	227
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial.....	228
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?	229
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	229
Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan	229
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	231
Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan.....	231
SECCIÓN 5	En ciertas situaciones, Community Health Choice HMO D-SNP debe cancelar su membresía en el plan.....	231
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	231
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	232
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	233

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan
--------------------	--

La cancelación de su membresía en Community Health Choice HMO D-SNP puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- Es posible que abandone nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
 - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, en donde puede cancelar voluntariamente su membresía en el plan. En la Sección 2, se describe cuándo puede cancelar su membresía en el plan. En la Sección 2, se informa los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en su nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. En la Sección 3, se describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nosotros nos vemos obligados a cancelar su membresía. En la Sección 5, se describen situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Es posible que pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid
--------------------	---

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden finalizar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- enero a marzo
- abril a junio

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- julio a septiembre

Si se incorporó a nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al siguiente período para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede usar este Período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. En la Sección 2.2, se informa más acerca de nuestro Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que no haya elegido la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura “acreditable” para medicamentos con receta durante un período continuo de más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare).

Comuníquese con la Oficina Estatal de Medicaid para obtener más información sobre las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto).

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud para cambiar sus planes. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	--

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el Período de inscripción anual (también conocido como “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el que debería revisar su cobertura de salud y medicamentos, y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período comprende desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir 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:

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que no haya elegido la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante más de 63 días seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 4 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Cancelar la inscripción de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, puede ser elegible para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
 - En general, cuando se muda.
 - Si cuenta con Medicaid de Texas.
 - Si es elegible para recibir la “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato para con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
 - **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5, se informa más sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: En la Sección 2.1, se informa más sobre el período de inscripción especial para las personas con Medicaid.

- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que no haya elegido la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante un período continuo de más de 63 días, es posible que tenga que pagar

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

una multa por inscripción tardía en la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare). Para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 4 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

Nota: En las secciones 2.1 y 2.2, se informa más sobre el período de inscripción especial para las personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta o quisiera recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a los Servicios para Miembros** (los números de teléfono se encuentran impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare & You 2021** (Medicare y usted 2021).
 - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el mes siguiente a su inscripción.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- 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.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan
--------------------	---

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente inscribese en otro plan de Medicare. No obstante, si quiere cambiar de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, debe solicitar la cancelación de la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

- Nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- *O bien*, puede contactarse con 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.

En la siguiente tabla, se explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si quisiera cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en Community Health Choice HMO D-SNP se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en Community Health Choice HMO D-SNP se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que no haya elegido la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en una cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta por más de 63 días, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). • Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Community Health Choice HMO D-SNP se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid de Texas, comuníquese con ellos al número gratuito (877) 541-7905 (los usuarios de TTY deben marcar al 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre el Programa de Asesoramiento y Defensa de Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) al número gratuito (800) 252-9240,

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

TTY 711. Pregunte cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Texas Medicaid.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan
--------------------	--

Si abandona Community Health Choice HMO D-SNP, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Generalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará generalmente cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 En ciertas situaciones, Community Health Choice HMO D-SNP debe cancelar su membresía en el plan

Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--------------------	--

Community Health Choice HMO D-SNP debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se establece en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para las personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Usted tendrá noventa días para recuperar el estado de Medicaid necesario. Si pasaron noventa días y no cuenta con el estado de Medicaid necesario de Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) únicamente o QMB Plus, su membresía finalizará.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a los Servicios para Miembros para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

nuestro plan. (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está autorizado legalmente para residir en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o quisiera recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Para obtener más información, puede comunicarse con los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2**No podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud**

Community Health Choice HMO D-SNP no puede pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	236
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	236
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	237

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas conforme a esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato imparcial. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamos, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con 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 Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

En la Sección 1557, la disposición de no discriminación de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), se determina que es ilegal que cualquier proveedor de atención médica que reciba fondos del gobierno federal se niegue a tratar a una persona, o que la discrimine, por cuestiones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. En la Sección 1557, se imponen requisitos similares a los emisores de seguro de salud que reciben asistencia financiera federal. Los proveedores de atención médica y los aseguradores no pueden, entre otras cosas, excluir o tratar de manera adversa a una persona sobre la base de estos fundamentos prohibidos. 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 en cuanto a discriminación o un trato imparcial, 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.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, los Servicios para Miembros pueden ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no sea el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Community Health Choice HMO D-SNP, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro.

Apelación: una apelación es un recurso que presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya haya recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede presentar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso relacionado con la presentación de una apelación.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que acude a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en el hospital o el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, a los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que no paga un copago ni coseguro por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre hayan gastado \$6,550 en concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Coseguro: un monto que se le puede pedir que pague como su parte de los costos por los servicios o medicamentos con receta después de pagar los deducibles. El coseguro es a menudo un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Reclamo: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja”. El proceso de reclamos se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Entre ellos, se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también el término “Queja formal” de esta lista de definiciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y ofrece una

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

variedad de servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médicos, como una consulta con el médico, consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar \$10 o \$20 por una consulta al médico o un medicamento con receta.

Costo compartido: el costo compartido hace referencia a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o un servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Servicios cubiertos: el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en una residencia de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como, por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Costo compartido diario: es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago de un suministro de un medicamento para un mes es \$30 y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “costo compartido diario” es \$1 por día. Esto significa que paga \$1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Costo de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se distribuye para pagar el costo de obtener un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Persona con doble elegibilidad: una persona que califica para recibir cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que indica su médico por razones de salud. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicados por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica se produce cuando usted o cualquier otra persona común, prudente y con un conocimiento promedio de la salud y la medicina, consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o de su función. Los síntomas médicos pueden tratarse de una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: (1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, el medicamento "genérico" actúa de manera similar que el medicamento de marca y suele costar menos.

Queja formal: un tipo de reclamo que presenta sobre nosotros o las farmacias de nuestra red, incluidas una queja acerca de la calidad de la atención. Este tipo de queja no contempla las disputas por cobertura o pago.

Auxiliar de atención médica domiciliaria: un auxiliar de atención médica domiciliaria brinda aquellos servicios para los que no se necesitan las habilidades del personal de enfermería ni de los terapeutas titulados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica domiciliaria no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Centro de cuidados paliativos: un miembro inscrito al que le quedan 6 meses o menos de vida tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos brindará el tratamiento especial para su estado.

Internación en el hospital: una internación es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece internado durante la noche, es posible que se lo considere un "paciente ambulatorio".

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años, supera un monto determinado, usted pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. 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 no pagará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura conforme a la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los gastos de su bolsillo del año alcancen los \$6,550.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

para Medicare cuando cumpla 65 años, el 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 termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional: un plan de necesidades especiales al que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, en forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros LTC pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF) o ambos (SNF/NF), centros de atención intermedia para personas con retraso mental (ICF/MR), y centros psiquiátricos para pacientes internados. Para que un plan de necesidades especiales institucional brinde servicios a las personas con Medicare que residen en centros de atención a largo plazo, este debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un plan de necesidades especiales institucional al que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF) si fuera necesario para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos. Los montos que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare por parte de Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo de bolsillo). Consulte la Sección 1, 1.5 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2, se incluye más información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia. Para obtener más información sobre una indicación medicamento aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de afecciones médicas, y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de más de 65 años, a algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y a personas que padecen una enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan de costo compartido de Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo, y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuentas de ahorros médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos con receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**. Todas las personas que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud Medicare Advantage que se ofrezca en su área, excepto las personas con una enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: es un programa que brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los Programas piloto o de demostraciones y los Programas de atención con todo incluido para las personas de edad avanzada (PACE).

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): el seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren las Partes A o B de Medicare.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los “períodos sin cobertura” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (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).

Servicios para Miembros: es un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas relacionadas con su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con los Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: es una farmacia de la red en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme a los acuerdos que tienen con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión sobre si los servicios o los productos están cubiertos, o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o plan de “pago por servicio” de Medicare): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar con cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga lo que le corresponde de su parte. Original Medicare

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no está cubierto por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro con los que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan y, además, no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” mencionada anteriormente. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de gasto que un miembro “paga de su bolsillo”.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención con todo incluido para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas delicadas de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) tanto tiempo como sea posible mientras obtienen los servicios de atención de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: un monto que se añade a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare) durante un período continuo de más de 63 días después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted paga este monto más alto mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa más de 63 días seguidos sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a los miembros

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

del plan por un pago especificado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red.

Normalmente, el costo compartido del miembro será superior cuando se reciban los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para una cobertura de salud o para medicamentos con receta.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Este se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su cuidado y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro profesional de atención médica. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nosotros. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Prótesis y ortesis: son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos 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 los suministros para ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que este limite la membresía basándose en el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada que se brindan todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de la atención en un centro de atención de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Plan de necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más enfocada para determinados grupos de personas, como aquellos que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de descanso o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Costo compartido estándar: es un costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, ciegas o tienen más de 65 años. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: servicios brindados para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista, que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata. Estos servicios pueden ser prestados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente.

Servicios para Miembros de Community Health Choice HMO D-SNP

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	Las llamadas al (833) 276-8306 son gratuitas. Community Health Choice HMO D-SNP está disponible desde 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1.º de abril hasta 30 de septiembre de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada. Además, Servicio para Miembros dispone de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El servicio de relé nacional está disponible durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Community Health Choice HMO D-SNP está disponible desde 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1.º de abril hasta 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	(713) 295-7041
ESCRIBA A	P.O. Box 301413 Houston, TX 77230
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Texas – Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Texas – Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	(800) 252-9240
TTY	711
ESCRIBA A	Health Information, Counseling and Advocacy Program (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, TX 78714-9030
SITIO WEB	https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/index.html

Declaración de divulgación de la PRA: de acuerdo con la Ley de la Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (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)

Servicios para Miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP)

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	(833) 276-8306 Las llamadas a este número son gratuitas. Community Health Choice (HMO D-SNP) está abierto 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada. Los Servicios para Miembros además tienen servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablen inglés.
LLAME POR TTY	711 Este número exige un equipo telefónico especial y es exclusivo para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El servicio nacional de retransmisión se encuentra disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Community Health Choice (HMO D-SNP) está abierto 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. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	(713) 295-7041
ESCRIBA	P.O. Box 301413 Houston, TX 77230
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org

Programa del seguro de salud del estado para Texas - Programa de asesoramiento y defensa de la información sobre la salud (HICAP)

El Programa del seguro de salud del estado para Texas - Programa de asesoramiento y defensa de la información sobre la salud (HICAP) es un programa del estado que obtiene dinero del gobierno federal para suministrarle asesoramiento local acerca del seguro de salud a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	(800) 252-9240
LLAME POR TTY	711
ESCRIBA	Programa de asesoramiento y defensa de la información sobre la salud (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, TX 78714-9030
SITIO WEB	https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/index.html

Declaración informativa de la PRA De acuerdo con la Ley de reducción del papeleo de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que exhiba un número de control válido de la Oficina de administración y presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válidos de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: Funcionario de depuración de informes de la PRA, parada de correo C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.