

MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS

MANUAL PARA MIEMBROS

E INFORMACIÓN DE DIVULGACIÓN 2020

CommunityHealthChoice.org
713.295.6704 | 1.855.315.5386





NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

1.855.315.5386

SERVICIOS PARA MIEMBROS
DE 8:00 a. m. A 5:00 p. m., de lunes a viernes
(Excepto los días festivos federales)

SERVICIOS PARA PROVEEDORES DE
ATENCIÓN MÉDICA (Elegibilidad/
Autorizaciones/Beneficios/Reclamaciones)

713.295.6704

La información está disponible en inglés y en español, o puede llamar a COMMUNITY para pedir un intérprete.

7-1-1

Número TDD para personas con
problemas de audición

1.800.835.2362

Servicios de Telesalud

1.866.333.2757

Farmacia (Navitus Health Solutions)

[Navitus.com](https://www.Navitus.com)

1-800-552-6694

Farmacia de pedido por correo Postal
Prescription Services (PPS), una filial de The
Kroger Co.

[Ppsrx.com](https://www.Ppsrx.com) (Kroger Mail Order)

1.844.293.1752

Visión (Evolve Vision)

visionbenefits.envolvehealth.com

1.855.539.5881

Servicios de salud conductual y
de abuso de sustancias (Community
Health Choice)

[CommunityHealthChoice.org](https://www.CommunityHealthChoice.org)

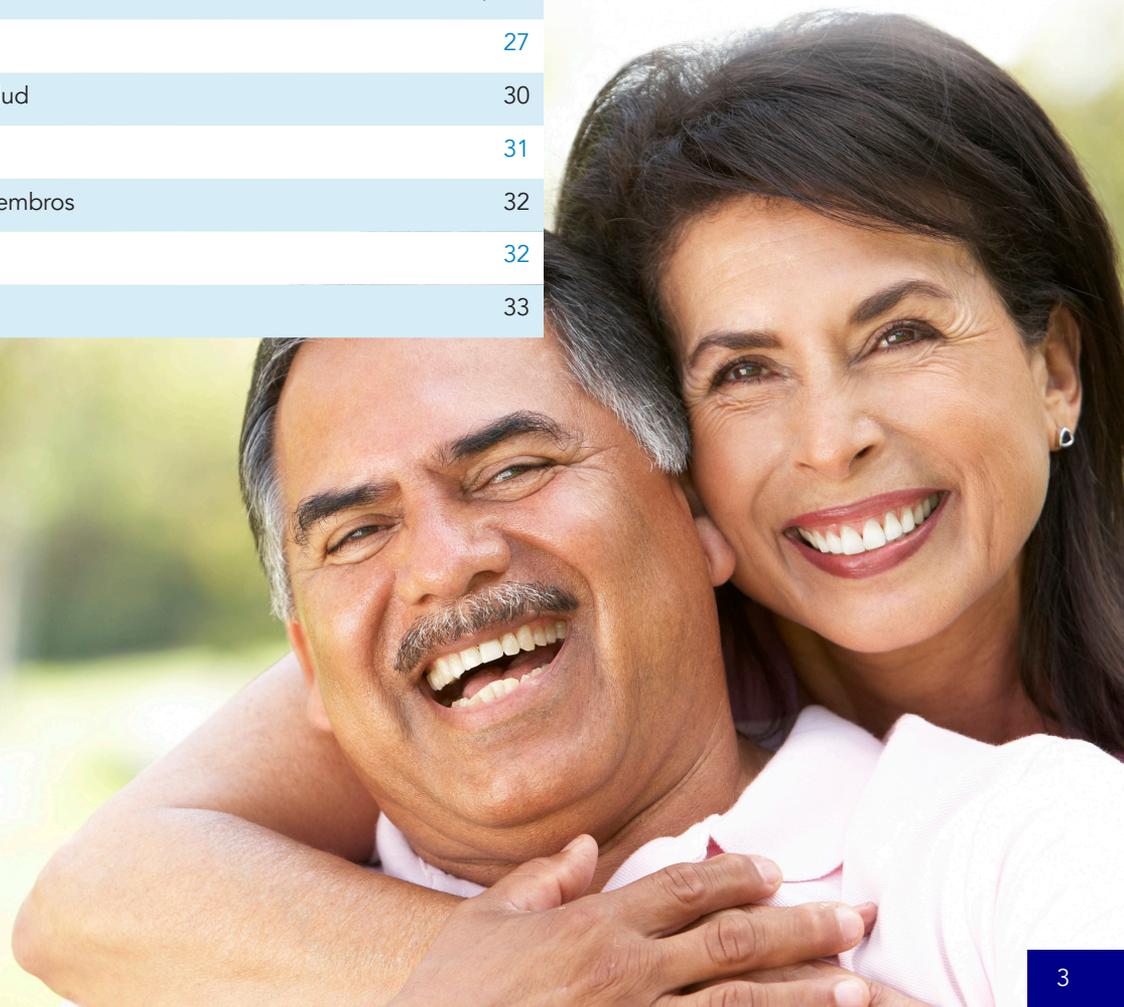
1.877.888.0002

Línea directa de mala administración, fraude o abuso

Escríbanos o venga a visitarnos a:
Community Health Choice, Inc.
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054
www.CommunityHealthChoice.org

En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Bienvenido a Community Health Choice	4
Servicios cubiertos	5
Programa de valor añadido	6
Emergencias, cuidado médico fuera del horario de atención, proveedores fuera de la red y servicios fuera del área	8
Responsabilidades financieras	11
Limitaciones y lista de medicamentos preferidos	12
Autorización previa	14
Continuidad del cuidado	16
Derechos y responsabilidades de los miembros	16
Quejas	17
Apelaciones de determinaciones adversas	18
Proveedores de la red	20
Áreas de servicio del Mercado de Seguros Médicos	21
Aproveche sus beneficios	22
Fraude y abuso	27,28
Aviso de prácticas de privacidad	27
Definiciones de la cobertura de salud	30
Preguntas frecuentes	31
Encuesta de satisfacción de los miembros	32
Agradecimiento	32
Asistencia con el idioma	33



BIENVENIDO A COMMUNITY HEALTH CHOICE

Gracias por elegir a Community Health Choice (Community)

Community es una Organización de mantenimiento de la salud (HMO) LOCAL y sin fines de lucro que verdaderamente le ofrece ATENCIÓN y SERVICIOS a la comunidad. En Community, usted encontrará un amigo DE CONFIANZA que le abrirá las puertas a una atención médica de calidad y hará que el proceso sea SENCILLO.

Community Health Choice es un plan de salud calificado y, por lo tanto, cumple con lo establecido por la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones (MHPAEA).

Manual para Miembros

Este manual es una guía para ayudarle a recibir la atención médica que usted necesita y es un complemento de la Evidencia de Cobertura y del Resumen de Beneficios y Cobertura. En su interior, encontrará información importante sobre su cobertura.

Todos los documentos están en línea en

www.CommunityHealthChoice.org y podemos enviárselos por correo si así lo solicita. Comuníquese con Servicios para Miembros de Community al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386, o por correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org.

Evidencia de Cobertura

La Evidencia de Cobertura es un documento que una HMO con licencia del Estado de Texas utiliza para describir los servicios y beneficios a los que tiene derecho una persona asegurada. Allí se detallan todos los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones que se aplican a su plan. La Lista de Beneficios es parte de la Evidencia de Cobertura y resume la información referida a los beneficios y los costos compartidos o servicios cubiertos del miembro.

Resumen de beneficios y cobertura

El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) brinda información de manera simple sobre los beneficios y la cobertura del plan de salud. Este documento le ayudará a comprender mejor su cobertura y le permitirá comparar fácilmente distintas opciones de cobertura. Resume los aspectos principales del plan o cobertura, como los beneficios cubiertos, las disposiciones sobre costos compartidos y las limitaciones y excepciones de la cobertura.

Servicios para Miembros

Si tiene preguntas sobre su cobertura, puede comunicarse telefónicamente con Servicios para Miembros de Community al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386, o por correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. excepto los días festivos aprobados por el estado. Hablamos inglés y español, o podemos conseguirle un

intérprete que hable su idioma. También tenemos disponible este manual en sistema Braille y en letra grande. Servicios para Miembros de Community puede ayudarle a:

- comprender sus beneficios;
- elegir o cambiar de proveedor de atención primaria;
- encontrar un especialista;
- enviarle una nueva tarjeta de identificación de miembro;
- resolver quejas o problemas.

Evaluación de nuevas tecnologías

Brindamos una atención médica que ha demostrado ser útil y segura. Hacemos revisiones de nuevos tratamientos para el cuidado de la salud. Hacemos revisiones de nuevos procedimientos. Y en estas revisamos utilizamos datos de salud actualizados. Esto se llama "Evaluación de nuevas tecnologías". Nosotros decidimos si pagar o no por ellas. La revisión implica que pagamos cuando la seguridad y el valor son claros. Usted puede pedirnos que hagamos revisiones de nuevas tecnologías.

Decisiones de administración de uso

Community sigue ciertas pautas para determinar qué servicios de cuidado de la salud vamos a cubrir. Esto se llama administración de uso. Sabemos lo importante que es que tomemos las decisiones correctas para su cuidado. Community sigue tres principios para tomar estas decisiones.

1. Nuestras decisiones se basan en que:
 - los servicios y la atención médica sean apropiados; y
 - sea un beneficio cubierto.
2. No recompensamos a los médicos ni a otras personas por denegar cobertura.
3. No damos incentivos a los médicos ni a otras personas para motivarlos a tomar decisiones que implicarían que usted recibiera menos cuidado del que necesita.

Mejora de la calidad

Nuestro Departamento de Mejora de la Calidad ayuda a Community a brindarle lo mejor en cuidado clínico y servicios médicos. Si desea obtener más información sobre nuestro Programa de Mejora de la Calidad, comuníquese sin cargo con Servicios para Miembros al 1.855.315.5386.



SERVICIOS CUBIERTOS

Los gastos de atención médica cubiertos deben considerarse médicamente necesarios y, en algunos casos, requieren autorización previa de Community. La lista de servicios cubiertos y servicios que requieren autorización previa se encuentra disponible en www.CommunityHealthChoice.org.

El siguiente es un resumen de los beneficios cubiertos. Si bien se mencionan a continuación, los beneficios están sujetos a las exclusiones, las limitaciones y los costos compartidos del miembro que se describen en la Evidencia de Cobertura. Para obtener más información sobre cada servicio cubierto, por favor revise la Evidencia de Cobertura o comuníquese con Servicios para Miembros para pedir la lista llamando al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386 o por correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org.

- Servicios de lesión cerebral adquirida
- Servicios dentales como consecuencia de lesiones dentales
- Servicios de diabetes
- Equipos médicos duraderos y suministros médicos
- Servicios de emergencia
- Servicios de transporte de emergencia
- Servicios de tratamiento en centros médicos (servicios de hospital)
- Servicios de profesionales de atención médica Asistencia domiciliaria
- Cuidado de hospicio
- Servicios de salud mental (como servicios de dependencia química)
- Atención por maternidad y servicios para recién nacidos
- Servicios ambulatorios (servicios de habilitación y rehabilitación, y servicios del trastorno del espectro autista)
- Medicamentos recetados Servicios de cuidado preventivo Cirugía Reconstructiva
- Centro de enfermería especializada y servicios de rehabilitación
- Servicios de trasplante, transporte y alojamiento
- Cuidado urgente
- Servicios pediátricos de la visión

Servicios de farmacia

Los servicios de farmacia son brindados por Navitus. Su red incluye a más de 64 000 farmacias independientes y cadenas de farmacias de venta al por menor, entre las que se encuentran cadenas nacionales como Walgreens, HEB, Kroger, Walmart, entre otras. La lista completa de las farmacias que participan está disponible en su sitio web: www.Navitus.com o llamando sin cargo a Servicios para Miembros de Navitus al 1.866.333.2757. Puede llamar a Navitus las 24 horas del día, los siete días de la semana. La Guía para miembros de Navitus se encuentra en nuestro sitio web en www.CommunityHealthChoice.org en la sección Planes y Beneficios.

Se incluye un programa de envíos por correo en sus beneficios de farmacia. Los beneficios son proporcionados a través de Postal Prescription Services (una filial de Kroger Co.) Al participar en el programa de envíos por correo, puede recibir un suministro para hasta noventa(90) días directamente en su hogar u oficina. Para inscribirse por internet, ingrese a Ppsrx.com y elija "Mail Order Pharmacy" (Farmacia de envíos por correo), o llame a Kroger sin cargo al 1.800-552-6694.

Cobertura de medicamentos con receta

Community tiene una lista de medicamentos preferidos con detalles y niveles de copagos para cada medicamento cubierto. Usted debe pagar todos los deducibles (si corresponde) o copagos del monto del nivel de copago indicado en el Resumen de Beneficios.

Una copia de esa lista se encuentra disponible en línea en www.CommunityHealthChoice.org. Puede solicitar una copia a nuestro Departamento de Servicios para Miembros llamando al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386, o por correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org.

Cuidado de la visión

Los miembros del Mercado de Seguros Médicos de 18 años o menos son elegibles para recibir un examen oftalmológico y gafas correctoras.

Llame a Evolve Vision al 1-844-293-1752.

Salud conductual

¿CÓMO OBTENGO AYUDA SI TENGO PROBLEMAS DE CONDUCTA (MENTALES), DE ALCOHOL O DE DROGAS?

Si usted o su dependiente tienen un problema de salud mental, de alcohol o de drogas, llame a Beacon Community Health Choice sin cargo al 1.855.539.5881, las 24 horas del día, los siete días de la semana. La información está disponible en inglés y en español, pero también hay intérpretes disponibles. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano.

¿NECESITO UNA REFERENCIA PARA ESTO?

No necesita ver antes a su proveedor de atención primaria ni pedirle una referencia.

Algunos problemas de salud mental o abuso de sustancias también pueden necesitar atención urgente. Para obtener ayuda con estos problemas o para obtener más información, por favor llame a Community Health Choice.

Community cumple con lo establecido por la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones (MHPAEA).

Hacemos revisiones para asegurarnos de que los requisitos para las autorizaciones y tratamientos de los beneficios de salud mental sean iguales a los beneficios médicos.

Agotamiento de los beneficios

Algunos beneficios tienen límites. Una vez que se alcanzan esos límites, esto se conoce como agotamiento de los beneficios y usted es responsable por el costo total de su cuidado.

Estas son algunas herramientas para consumidores que pueden ayudarle cuando usted es responsable por el costo total de su cuidado y de tomar las decisiones de atención médica:

www.healthcarebluebook.com

www.webmd.com/patients



PROGRAMA DE VALOR AÑADIDO

Servicios de telesalud

Community Health Choice ofrece servicios a través de un proveedor de telesalud a todos sus miembros del Mercado de Seguros Médicos, excepto a aquellos inscritos en el plan de salud HMO Bronze High Deductible Health Plan.

Mediante un proveedor de telesalud, Community le brinda acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año a una atención médica de calidad a través de consultas telefónicas y por video. Los médicos disponibles a través de nuestro proveedor son médicos certificados con licencia del Estado de Texas. Con esos servicios, usted tiene acceso a una atención médica conveniente y de calidad sin costo alguno para usted. Llame sin cargo al 1.800.835.2362.

Mediante el proveedor de telesalud, se ofrecen tratamientos para muchas afecciones leves de rutina, como síntomas de gripe y resfrío, infecciones respiratorias, problemas en los senos nasales, bronquitis, alergias, infecciones del tracto urinario y problemas de la piel, entre otros.

USTED DEBERÍA UTILIZAR LOS SERVICIOS DE TELESALUD:

- 1 Si su PCP no está disponible
- 2 Si está considerando ir a una sala de emergencias o centro de atención de urgencias por un problema sin carácter de emergencia fuera del horario de atención
- 3 Si se enferma estando de vacaciones, durante un viaje de negocios o estando lejos de su hogar
- 4 Para obtener renovaciones de recetas o medicamentos recetados a corto plazo que no sean narcóticos, siempre que sea médicamente apropiado

Los servicios cubiertos provistos a una persona cubierta como un servicio de telesalud o telemedicina están cubiertos sobre la misma base y en la misma medida que lo estarían si se brindaran en un entorno en persona.

Programa de administración de cuidado

Nuestro equipo de Administración de Cuidado se enfoca en coordinar las intervenciones de cuidado de la salud para miembros calificados. Nos concentramos en sus necesidades y nos comunicamos con usted si notamos que quizás no está aprovechando al máximo los recursos disponibles, como medicamentos y proveedores. Nuestro objetivo es aumentar su conocimiento acerca de las maneras posibles de optimizar su calidad de vida para que se sienta bien todos los días. Identificamos a las mujeres embarazadas que están en riesgo de tener un parto prematuro. Cuando los bebés nacen de forma prematura, ayudamos a evaluar y coordinar las necesidades de los recién nacidos una vez que se encuentran en su hogar. Nuestro equipo de Administración de Cuidado también hace el seguimiento de ciertos miembros que sufren de asma o diabetes y los ayudan a adquirir conocimientos para que puedan gestionar ellos mismos su enfermedad. También ayudamos a los miembros que puedan tener dificultades para coordinar su propio cuidado. Para unirse al programa, llame a nuestro Departamento de Administración de Cuidado al 832.CHC.CARE (832.242.2273), o sin cargo al 1.844.297.4450.

¡Tome el control de su salud! Para saber si tiene algún problema de salud potencial, haga nuestra Evaluación de Riesgos para la Salud en línea en www.CommunityHealthChoice.org. Nosotros analizaremos los resultados y, si detectamos que existen posibles problemas, nos pondremos en contacto con usted. Por favor, recuerde compartir los resultados con su médico.





EMERGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICA FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN, PROVEEDORES FUERA DE

¿Qué es una emergencia o la atención de emergencia? _____

¿QUÉ TAN PRONTO ME ATENDERÁN?

Una condición médica de emergencia implica que usted tiene síntomas graves y repentinos que podrían poner en peligro su vida o su salud si no recibe ayuda inmediatamente. En el caso de las mujeres embarazadas, incluye una enfermedad o lesión de tal naturaleza que la falta de atención médica inmediata podría resultar en un grave peligro para la salud del feto.

Si usted necesita cuidado de emergencia:

- 1 Llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano de la red; o
- 2 Busque la sala de emergencias del hospital más cercano si su condición médica le impide ir a un hospital de la red.
- 3 Llame a su médico o a su PCP lo antes posible.

Usted, o alguien en su nombre, debe llamarnos dentro de las 48 horas después de ser internado en un hospital fuera de la red para recibir cuidado de emergencia. Si su condición le impide llamarnos dentro de las 48 horas posteriores a su internación, por favor comuníquese con nosotros apenas su condición se lo permita. Podemos trasladarlo a un hospital de la red dentro de nuestra área de servicio cuando su condición se haya estabilizado. Debe ver a un proveedor de la red para recibir cualquier cuidado de seguimiento.

¿Qué es el cuidado urgente? ¿Qué tan pronto me atenderán? _____

El cuidado urgente se refiere a los servicios de salud o de salud mental sin carácter de emergencia. Generalmente, los servicios de cuidado urgente son brindados en el consultorio de un médico o un proveedor de atención médica, o en un centro de atención de urgencias, como consecuencia de una lesión o enfermedad aguda lo suficientemente grave o dolorosa como para hacerle creer a la persona que su condición, lesión o enfermedad es de una naturaleza tal que, si no es tratada dentro de un período razonable, producirá un grave deterioro en la condición de su salud.

Un problema urgente ocurre cuando usted está enfermo o herido y necesita ser tratado de inmediato para no empeorar. Si su problema es urgente (pero no es una emergencia), vaya a ver a su PCP. Si tiene un problema urgente, lo cual incluye atención

especializada de urgencia, debe ser atendido dentro de las 24 horas. Siga estos pasos para obtener servicios fuera del horario de atención o cuidado urgente:

- 1 Comuníquese con su PCP, su reemplazo o con el servicio de mensajería de guardia.
- 2 Si su PCP no está disponible, vaya al centro de atención de urgencias que sea un proveedor de la red. Consulte nuestro directorio de proveedores de la red en línea en www.CommunityHealthChoice.org. Por favor consulte el directorio en línea antes de obtener algún servicio para asegurarse de que el proveedor aún figure en nuestra red. Si no puede acceder a nuestro directorio en línea, comuníquese con los Servicios para Miembros de Community al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386, o envíe un correo electrónico a CommunityHealthChoice.org.
- 3 Debe recibir cualquier servicio de seguimiento de su PCP o un proveedor de la red.
- 4 Debe pagar los deducibles y/o copagos requeridos para el cuidado urgente.

¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi pcp está cerrado? _____

- Comuníquese con su PCP, su reemplazo o con el servicio de mensajería de guardia.
- Llame a nuestra línea gratuita de Asesoramiento Médico al 1.888.332.2730. Nuestras enfermeras pueden ayudarle a recibir la atención médica adecuada para su problema de salud. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.
- Llame a los servicios de telesalud si es elegible. Community Health Choice ofrece servicios de telesalud a todos sus miembros del Mercado de Seguros Médicos, excepto a aquellos inscritos en el plan de salud Community Bronze HMO 008 HSA. Llame sin cargo al 1.800.835.2362. Los servicios de telesalud le brindan acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año a una atención médica de calidad por vía telefónica, sin costo alguno para usted. Estos médicos y pediatras certificados cuentan con licencia del Estado de Texas y tienen un promedio de 15 años de experiencia en la atención de pacientes. En la sección "Servicios de valor añadido" de este manual podrá obtener más información acerca de los servicios de telesalud.

¿Qué es la atención médica de rutina?

¿Qué tan pronto me atenderán? _____

La atención médica de rutina es la que recibe cuando usted visita a su médico de cuidado primario para mantenerse saludable. Incluye cuidado preventivo, chequeos, vacunaciones, tratamiento de enfermedades y cuidado de seguimiento. Una vez que los llame, lo atenderán en alrededor de dos semanas.

Cómo utilizar un proveedor fuera de la red _____

Community le proporciona el uso de proveedores fuera de la red para:

- recibir cuidado de emergencia cuando sea médicamente necesario, o
- si los servicios cubiertos no están disponibles a través de los proveedores de la red.

Excepto en casos de emergencia, los proveedores fuera de la red requieren una autorización previa de Community. Si denegamos una solicitud de autorización previa para ser referido a un proveedor fuera de la red, proporcionaremos una revisión de la solicitud por parte de un médico con la misma especialidad o una similar que el proveedor fuera de la red para el que se solicita la referencia.

No todos los profesionales de atención médica que proporcionan servicios en hospitales de la red son proveedores de la red. Si los servicios son provistos por proveedores fuera de la red, los cuales incluyen, entre otros, patólogos, anestesiólogos, radiólogos y médicos de la sala de emergencias de un hospital de la red, nosotros pagaremos por esos servicios a la tarifa habitual o a una tarifa convenida.

La ley de Texas establece que, si los servicios no están disponibles de proveedores de nuestra red, según se describe anteriormente, usted solo debe pagar cualquier copago u otro monto de gastos de bolsillo aplicables que usted hubiera pagado si nuestra red incluyera proveedores de los cuales hubiera podido recibir tales servicios. Si usted recibe una factura de un proveedor que no pertenece a la red, comuníquese con nosotros al 1.855.315.5386.

Es su responsabilidad verificar que el proveedor pertenezca a la red antes de recibir un servicio que no sea de emergencia. Si el proveedor no pertenece a la red, usted será responsable por todos los gastos en los que se incurra, a menos que hayamos autorizado los servicios provistos.

Una organización de mantenimiento de la salud, como Community, no ofrece beneficios por servicios que reciba de proveedores no pertenecientes a la red, a excepción específica de lo que se describe anteriormente y en nuestra Evidencia de Cobertura.

Usted tiene derecho a contar con una red de proveedores adecuada. Si considera que la red es inadecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas en: www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html.

Marketplace@CommunityHealthChoice.org. Si usted se basó en información materialmente inexacta, puede tener derecho a recibir el pago de una reclamación correspondiente a un proveedor no perteneciente a la red como si este formara parte de la red. En ese caso, debe presentarnos una copia de la información inexacta

contenida en el directorio, cuya fecha de vigencia debe encuadrarse dentro de los 30 días anteriores a que usted recibiera el servicio.

¿Qué sucede si me enfermo estando fuera del área de servicio? _____

Los únicos servicios cubiertos cuando usted se encuentra fuera del área de servicio son los servicios de emergencia o los autorizados por Community. Si necesita servicios de emergencia mientras se encuentra fuera de nuestra área de servicio, diríjase al hospital más cercano. Cubrimos la atención médica de emergencias verdaderas cuando usted se encuentre fuera de nuestra área de servicio. No es necesario que llame a su proveedor de cuidado primario antes de recibir atención de emergencia. Debe recibir cualquier servicio de seguimiento posterior a su visita a la sala de emergencias por parte de su proveedor de cuidado primario o un proveedor de la red.

Regrese a nuestra área de servicio para obtener cuidado de seguimiento cuando esté lo suficientemente bien para hacerlo.

¿Qué hago cuando recibo una factura por servicios recibidos fuera del área de servicio?

Si usted recibe un servicio fuera de nuestra área de servicio que no será facturado a Community por el médico o proveedor, debe enviarnos una carta con su nombre, el servicio recibido y su número de identificación de miembro.

Envíe la carta por correo a la dirección que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Community debe recibir la carta de aviso de reclamación a más tardar noventa (90) días después de la fecha de servicio.

Si recibió atención de emergencia fuera de los Estados Unidos, incluya la siguiente información junto con su reclamación:

- 1 El comprobante de pago al proveedor extranjero por los servicios proporcionados
- 2 Expediente y/o información médica completos
- 3 Comprobante de viaje al país extranjero, como los pasajes de avión o los sellos en el pasaporte
- 4 La lista de cargos del proveedor extranjero, si utiliza una agencia de facturación

Community acusará recibo de la reclamación dentro de los quince (15) días, e investigaremos la información. Es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener más información.

¿Qué debo hacer si me mudo? _____

Si usted no es un miembro del Mercado de Seguros Médicos, debe notificarnos su nueva dirección y número de teléfono al menos catorce (14) días antes de mudarse. Si usted es miembro del Mercado de Seguros Médicos, comuníquese con el Mercado de Seguros Médicos para actualizar su solicitud. Cuando recibamos su información, le informaremos cualquier modificación a su plan con respecto a redes, primas y beneficios nuevos. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, daremos por finalizada su cobertura.

Para obtener más información, lea la sección "Renovación y Finalización" en la Evidencia de Cobertura.





RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

Pago de Primas

Su prima mensual vence el último día del mes anterior al comienzo de la cobertura.

POR EJEMPLO:

Cobertura de junio	El pago vence el 31 de mayo
Cobertura de julio	La morosidad comienza el 1 de junio

Si no paga su prima antes de la fecha de vencimiento, su cobertura puede ser cancelada. La mejor manera de evitar demoras en su cuidado y obtener recetas es pagando su prima puntualmente. Todos los pagos recibidos luego del quinto día del mes aparecerán en la factura del mes siguiente. Los pagos pueden hacerse de cuatro maneras:

- Pago telefónico con tarjeta de crédito
- Pago electrónico a través de My Member Account de Community Health Choice
- Pago en efectivo a uno de los proveedores preferidos de Community indicados en nuestro sitio web
- Un cheque o giro postal enviado directamente a Community Health Choice

LOS CHEQUES O GIROS POSTALES DEBEN SER PAGADEROS Y ENVIADOS POR CORREO

A: COMMUNITY HEALTH CHOICE, INC.
P.O. Box 844124
Dallas, TX 75284-4124

¿Qué sucede si no pago mi prima puntualmente?

Si usted califica para los créditos fiscales anticipados para primas (APTC), tendrá un período de gracia de noventa (90) días. Si no recibimos el pago (y cualquier otro pago anterior pendiente) dentro de esos noventa (90) días, su cobertura será cancelada. Usted será responsable por los servicios que Community no les haya pagado a los proveedores. Los proveedores le exigirán el pago directamente a usted.

Si no califica para los créditos fiscales anticipados para primas, tendrá un período de gracia de treinta y un (31) días. Si no recibimos el pago dentro de esos treinta y un (31) días, su cobertura será cancelada. Los proveedores le exigirán el pago directamente a usted.

Deducibles y copagos

Además del pago de su prima mensual, usted es responsable por todos los deducibles y copagos de los servicios cubiertos. Los deducibles solo se aplican a los planes de salud a elección del consumidor. Por favor lea la definición de estos términos en la sección "Definiciones de la Cobertura de Salud". También puede ser responsable por todos los servicios no cubiertos y, en algunos casos, por los gastos de servicios recibidos fuera del área.

Esta información está incluida en el Resumen de Beneficios y en la Evidencia de Cobertura, que están disponibles en línea en www.CommunityHealthChoice.org. También podemos enviarle una copia por correo. Comuníquese con Servicios para Miembros de Community al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386, o por correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org.

Nota: Los deducibles solo se aplican a los planes de beneficios de salud a elección del consumidor.

Uso de proveedores de la red

En la mayoría de los casos, se dispone de proveedores de la red para proporcionar servicios. Los proveedores de la red han acordado aceptar honorarios con descuento o negociados con anterioridad. Usted es responsable de pagar al proveedor de la red cualquier deducible y/o copago aplicable por los servicios recibidos. Ofrecemos distintos planes de cuidado administrado y un proveedor que participa en un plan no es necesariamente un proveedor de la red en otros planes ofrecidos por Community. Cuando recibe servicios, usted debe asegurarse de que el proveedor participe como proveedor de la red en su plan. De esa manera, evitará gastos de bolsillo adicionales.



LIMITACIONES Y LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS

Community no ofrece cobertura para todos los gastos de atención médica. Su plan tiene limitaciones y exclusiones. El siguiente es un resumen de los servicios no cubiertos. Pueden aplicarse exclusiones o limitaciones adicionales. Por favor consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles y determinar qué servicios de cuidado de la salud están cubiertos y en qué medida.

Estas limitaciones y exclusiones se aplican incluso si el médico o Proveedor ha prestado o indicado un servicio médicamente apropiado. Esto no impide que su proveedor le brinde o proporcione el servicio; sin embargo, no será un servicio cubierto que pagaremos.

Exclusiones o limitaciones generales:

- Servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red, excepto cuando hayan sido autorizados o para servicios de emergencia
- Servicios en los que se haya incurrido antes o después del comienzo o final de la cobertura
- Servicios que no sean médicamente necesarios
- Cargos por servicios preventivos Servicios que sean experimentales o de investigación
- Servicios relacionados con una enfermedad o lesión ocurrida como consecuencia de que la persona asegurada estaba bajo la influencia del alcohol, narcóticos ilegales o una sustancia controlada
- Servicios relacionados con una enfermedad física ocurrida como consecuencia de un daño físico autoinfligido intencionalmente, guerra o un acto de guerra, por haber participado en un disturbio o en una ocupación ilegal, o cualquier participación en un conflicto armado o conflicto en el que hayan estado involucradas las fuerzas armadas o Securavliqcuioesr cootsram aétuitcoorsi doa dc ualquier complicación que resulte de dichos servicios, excepto según lo descrito en la Evidencia de Cobertura
- Cuidado de custodia y cuidado de mantenimiento
- Servicios de ambulancia para traslados de rutina desde, hacia o entre centros médicos y/o el consultorio de un profesional de la salud
- Tratamiento de la infertilidad
- Reversión de la esterilización
- Pruebas o exámenes de la visión con el objetivo de recetar gafas correctivas; queratotomía radial; queratoplastia refractiva; o cualquier otra cirugía o procedimiento para corregir la miopía, hipermetropía o el astigmatismo; tratamiento ortóptico (ejercicios oculares); o la compra o adaptación de gafas o lentes de contacto, a menos que esté especificado en este contrato
- Servicios dentales
- Cualquier tratamiento para la obesidad
- Servicios de cuidado de los pies cuando no haya presencia de diabetes, trastornos circulatorios de las extremidades inferiores, enfermedad vascular periférica, neuropatía periférica o insuficiencia venosa o arterial crónica
- Prótesis capilares, trasplantes capilares o implantes capilares
- Cuidados auditivos, excepto según lo establecido expresamente en la Evidencia de Cobertura
- Artículos o suministros médicos de venta libre Vacunaciones tales como aquellas requeridas para viajar al extranjero, excepto según lo establecido en la Evidencia de Cobertura
- Tratamiento para cualquier problema de la articulación de la mandíbula
- Asesoramiento, servicios o estudios genéticos
- Servicios recibidos en una sala de emergencias, a menos que hayan sido provistos como atención de emergencia
- Cualquier gasto incurrido por servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, excepto servicios de atención de emergencia
- Cargos por medicamentos alternativos
- Enfermería privada, excepto enfermería privada para pacientes hospitalizados cuando sea médicamente necesaria
- Cargos por medicamentos alternativos
- Enfermería privada, excepto enfermería privada para pacientes hospitalizados cuando sea médicamente necesaria

Exclusiones o limitaciones de los medicamentos con receta:

- Medicamentos que no estén incluidos en la lista de medicamentos Suplementos dietéticos, excepto las fórmulas enterales y los suplementos nutricionales para el tratamiento de la fenilcetonuria
- (PKU) o determinadas enfermedades metabólicas hereditarias y fórmulas elementales a base de aminoácidos, según lo establecido en la Evidencia de Cobertura
- Productos nutricionales
- Cualquier medicamento recetado para usar con un fin que no siga las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o las indicaciones no específicas reconocidas en la literatura médica arbitrada
- Cualquier fármaco, medicación o medicamento en cuya etiqueta diga:
 - "Advertencia: limitado por la ley federal para ser utilizado en investigaciones" o que sea experimental o de investigación
- Extractos alérgenos
- Implantes para la administración de medicamentos
- Medicamentos para mejorar el rendimiento deportivo
- Además, este plan no cubre todos los medicamentos con receta, y algunos medicamentos recetados requieren autorización previa. Revise primero la lista de medicamentos preferidos. Si es necesario,
 - comuníquese con su proveedor para obtener una autorización previa o una referencia para un medicamento con receta cubierto.
- En algunos casos, es posible que tenga que probar un medicamento recetado antes de recibir la autorización para tomar otro. Eso se llama terapia escalonada. Su proveedor puede pedirle que no tome alguno de esos medicamentos por motivos médicos. En ese caso, su proveedor debe comunicarse con Community para solicitar una excepción médica.
- Si se cumplen ciertas condiciones, no se requiere terapia escalonada para medicamentos recetados asociados con el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro afecciones asociadas.
- Administración de inyecciones de cualquier fármaco
- Aparatos o dispositivos terapéuticos, excepto según lo establecido expresamente en la Evidencia de Cobertura
- Anorexígenos o cualquier medicamento para el control de peso
- Abortivos (medicamentos utilizados para inducir el aborto)
- Cualquier medicamento que se usa con fines estéticos
- Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad
- Cualquier medicamento recetado para la impotencia y/o la disfunción sexual Cualquier fármaco, medicación o medicamento que sea ingerido o inyectado en el lugar en el que es recetado y proporcionado por el profesional de la salud o en un centro médico
- Medicamentos inyectables
- Los miembros del Mercado de Seguros Médicos que soliciten medicamentos de mayor calidad cuando se encuentre disponible un producto genérico equivalente y el médico no haya recetado específicamente el medicamento solicitado serán responsables por el monto del costo compartido de dicho medicamento y cualquier diferencia de costo.
- Si el medicamento de marca se encuentra en el mismo nivel que el equivalente genérico, los miembros son responsables del monto del costo compartido más cualquier diferencia en el costo. La diferencia de costo no se aplica al monto máximo de gastos de bolsillo. Los médicos que soliciten un medicamento de nivel superior o un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible deben solicitar una autorización previa a través de nuestro PBM (administración de beneficios de farmacia). Ciertos medicamentos genéricos de costo más alto pueden estar incluidos en un nivel superior y, por lo tanto, tener un copago más alto.





AUTORIZACIÓN PREVIA

Autorización previa

Esto significa que Community es quien determina si los servicios propuestos para su tratamiento son médicamente necesarios y apropiados. Ciertos servicios y medicamentos con receta requieren autorización previa.

La autorización previa NO garantiza que cubriremos o pagaremos el servicio, procedimiento o medicamento con receta que se encuentre bajo revisión si el profesional de la salud que proporciona esos servicios ha tergiversado materialmente los servicios propuestos o no los ha provisto en forma sustancial.

Los servicios y medicamentos con receta que requieren o no autorización previa están sujetos a cambios. Tenemos una lista de los servicios que requieren autorización previa y en la lista de medicamentos con receta cubiertos se indica cuándo se requiere autorización previa para los medicamentos con receta. Para obtener una lista, visite www.CommunityHealthChoice.org o comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386, o por correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org.

Usted es responsable de informar a su médico o proveedor de atención médica acerca de nuestros requisitos de autorización previa. Para solicitar la autorización apropiada, su médico o proveedor deben 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. Los beneficios no son pagaderos por servicios o medicamentos con receta que no sean servicios cubiertos.

Emitiremos una determinación sobre una solicitud de autorización previa como máximo en un plazo de 3 días calendario a partir de haber recibido la solicitud. Si la autorización previa involucra atención en hospital en forma concurrente, emitiremos una determinación dentro de las 24 horas después de haber recibido la solicitud. Si la autorización previa involucra tratamiento de posestabilización o una condición potencialmente mortal, emitiremos una determinación dentro del plazo correspondiente a las circunstancias relacionadas con la entrega de los servicios y las condiciones del afiliado, pero en ningún caso se excederá una hora a partir de haber recibido la solicitud.

Su médico o proveedor pueden solicitar la renovación de una solicitud de autorización previa existente 60 días antes de la fecha de vencimiento de esta. Si recibimos una solicitud antes de que expire la autorización previa existente, revisaremos, si es posible, la solicitud y emitiremos una determinación antes de que expire la autorización previa existente.

Lea toda la información sobre autorizaciones previas incluida en la Evidencia de Cobertura. Está disponible en línea en www.CommunityHealthChoice.org. Si usted lo solicita, le enviaremos una copia por correo. Comuníquese con los Servicios para Miembros de Community al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386, o envíe un correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org.





CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Si usted tiene circunstancias especiales, puede ser elegible para la continuación de los servicios de un proveedor de atención médica rescindido a través de la continuidad del cuidado. Un proveedor de atención médica rescindido es un proveedor de nuestra red cuyo contrato ha finalizado o no ha sido renovado.

LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO NO ESTÁ DISPONIBLE:

- 1 Si el contrato del proveedor ha finalizado por razones de competencia médica o conducta profesional;
- 2 Noventa (90) días después de la fecha en que haya finalizado el contrato del proveedor; o

- 3 Una vez vencido el período de nueve meses después de la fecha en que finalizó el contrato del proveedor, si el miembro fue diagnosticado con una enfermedad terminal en el momento de finalización del contrato.

Todos los términos y disposiciones de este contrato son aplicables a los servicios cubiertos que hayan sido proporcionados durante el período de cuidado continuo por el proveedor rescindido.

Si usted ha pasado la semana 24 de su embarazo en el momento de la finalización del contrato del proveedor, la continuidad del cuidado se extiende hasta el parto y es aplicable al cuidado de posparto inmediato y al chequeo de seguimiento dentro del período de seis semanas después del parto.



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

La atención médica efectiva requiere una colaboración entre los pacientes y sus proveedores de atención médica. Con el fin de facilitar una relación efectiva entre proveedores y miembros, es importante que los miembros de Community entiendan sus derechos y responsabilidades. Por lo tanto, Community ha adoptado la siguiente declaración de derechos y responsabilidades de los miembros:

- 1 El derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales y proveedores y los derechos y responsabilidades de los miembros
- 2 El derecho a ser tratado con respeto y a que se reconozcan su dignidad y su derecho a la privacidad
- 3 El derecho a participar, junto con los profesionales, en las decisiones sobre el cuidado de su salud
- 4 El derecho a analizar las opciones de tratamiento apropiadas o médicamente necesarias para su condición médica, independientemente del costo o la cobertura de beneficios

- 5 El derecho a presentar quejas y apelaciones sobre Community y el cuidado que proporciona
- 6 El derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de Community
- 7 La responsabilidad de suministrar información (en la medida de lo posible) que Community, sus profesionales médicos y proveedores necesiten para proporcionar atención médica
- 8 La responsabilidad de seguir los planes e instrucciones de atención médica que usted haya acordado con nuestros profesionales
- 9 La responsabilidad de comprender sus problemas de salud y de participar en el desarrollo de metas de tratamiento mutuamente acordadas, en la medida de lo posible

Community se compromete a proporcionar beneficios y servicio al cliente de alta calidad a nuestros miembros. Los beneficios y la cobertura de los servicios prestados bajo el programa de beneficios se rigen por el contrato de beneficios firmado por el miembro y no por esta declaración de derechos y responsabilidades de los miembros.

Quejas

Usted, su proveedor de atención médica o su representante pueden presentar una queja en su nombre. Si tiene alguna queja, llámenos al 713.295.6704 (sin cargo al 1.855.315.5386). Un asesor de Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarle a presentar su queja. La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o a lo sumo en unos pocos días. Si necesita asistencia con el idioma para presentar su queja, comuníquese de manera gratuita con Servicios para Miembros al 1.855.315.5386.

Si presenta una queja oralmente, le enviaremos un formulario de quejas de una página, que deberá enviarnos para una pronta resolución. También puede escribir una carta. Envíe su queja a la siguiente dirección:

Community Health Choice, Inc. Service Improvement Team
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054

Le enviaremos una carta para informarle que hemos recibido su queja dentro de los cinco (5) días hábiles después de recibirla. Esta carta explicará el proceso de quejas. Community documenta el contenido de su queja e investiga cada queja recibida. Le enviaremos una carta de resolución dentro de los treinta (30) días calendario después de recibir su queja escrita o el formulario de quejas de una página.

Si su queja se refiere a una emergencia o una denegación de continuar la internación en el hospital, se resolverá en un (1) día hábil después de recibir su queja. La investigación y resolución se llevarán a cabo de conformidad con la urgencia médica del caso. Community proporcionará una revisión de un médico que:

- no haya evaluado previamente el caso; y
- tenga la misma especialidad (o una similar) que el médico o proveedor de cuidado de la salud que normalmente manejaría la condición, el procedimiento o el tratamiento médicos en evaluación.

El médico o proveedor que revisa la apelación puede entrevistar al paciente o al representante del paciente para tomar una decisión. La notificación inicial se dará oralmente, con una notificación por escrito dentro de los tres (3) días después de la fecha en que se tomó la decisión.

Si la queja no se resuelve a su satisfacción, usted tiene derecho a apelar ante un panel de apelación de quejas (CAP). Usted puede presentarse en persona ante un CAP donde normalmente recibe servicios de atención médica, a menos que acuerde ir a otro establecimiento o decida enviar una apelación por escrito al CAP. El CAP tendrá igual cantidad de miembros de:

- Nuestro personal
- Proveedores de atención médica
- Miembros

Los miembros del CAP no pueden haber participado en el proceso de quejas de ninguna manera. Los proveedores

tendrán experiencia en el área de atención apropiada. Los miembros del Mercado de Seguros Médicos que estén en el CAP no pueden ser empleados de Community.

Recibirá una carta de confirmación dentro de los cinco (5) días hábiles después de recibir su solicitud por escrito para un CAP. A más tardar cinco (5) días hábiles antes de que el CAP se reúna, a menos que usted acuerde otra cosa, le daremos a usted o a su representante:

- Toda la documentación que Community debe presentar ante el CAP; La especialización del proveedor/médico consultado durante la investigación; y
- El nombre y la afiliación de cada miembro del personal de Community en el CAP

Un miembro (o su representante, en caso de que sea menor de edad o discapacitado) tiene derecho a:

- reunirse en persona con el CAP;
- presentar otros testimonios de expertos ante el CAP; y
- pedir que cualquier persona involucrada en la toma de las decisiones que provocó la queja esté presente en la reunión para hacerle preguntas.

La única función del CAP es asesorar a Community. Community tendrá en cuenta los hallazgos del CAP para tomar la decisión final. El proceso de apelación finalizará dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que hayamos recibido su solicitud de apelación. Community le enviará una carta con la decisión final sobre la apelación.

Si no está satisfecho con la respuesta a su queja, también puede enviar su queja al Departamento de Seguros de Texas llamando sin cargo al 1.800.252.3439. Si desea presentar su solicitud por escrito, envíela a:

Defensa del consumidor, Departamento de
Seguros de Texas:

P.O. Box 149091 Austin,
TX 78714-9091

E-mail: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

Se prohíbe a Community tomar represalias contra el titular de un contrato colectivo o un afiliado porque haya presentado una queja contra Community o apelado una decisión de Community. Se prohíbe a Community tomar represalias contra un médico o proveedor de atención médica porque haya presentado de forma razonable, en nombre de un afiliado, una queja contra Community o apelado una decisión de Community.



APELACIÓN DE DETERMINACIONES ADVERSAS

Apelaciones

Una determinación adversa de Community es una decisión que establece que los servicios de atención médica proporcionados o propuestos para el tratamiento de un afiliado no son médicamente necesarios o apropiados, son experimentales o de investigación. Usted tiene derecho a apelar una determinación adversa. Usted, su proveedor de atención médica u otra persona que usted elija como su representante también pueden presentar la apelación. Tiene ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de la determinación adversa para presentar su apelación. Puede presentar la apelación verbalmente o por escrito. Envíe su apelación a:

Community Health Choice, Inc. Para la atención de:
Asuntos Médicos -

Apelaciones 2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054
713.295.6704 o 1.855.315.5386
O envíelo por fax a: 713.295.7033;
Attn: Appeals Coordinator

Si necesita asistencia con el idioma para presentar su apelación, comuníquese de manera gratuita con Servicios para Miembros al 1.855.315.5386.

Durante el proceso de apelación

Si usted está hospitalizado, le notificaremos dentro de un día hábil por teléfono o por transmisión electrónica, seguido de una notificación por escrito dentro de los tres días hábiles posteriores. Si no está hospitalizado, se le enviará una notificación por escrito en un plazo de cinco (5) días hábiles.

Es posible que Community necesite más información que nos ayude con su apelación. La carta incluirá una lista de documentos que usted, su representante o proveedor de cuidado de la salud deben enviar a Community para la apelación. Usted tiene derecho a darnos información que respalde su apelación. Podrá revisar cualquier dato que utilicemos para tomar nuestra decisión.

Community hará que una persona revise la apelación para asegurarse de tener toda la información requerida. También le solicitará a un médico que revise su apelación. Este médico estará capacitado en el tratamiento de su tipo de enfermedad y no habrá participado en la decisión original.

Respuesta a una apelación

Community le enviará una respuesta a su apelación dentro de los treinta (30) días calendario después de recibirla. La respuesta escrita incluirá:

- Motivos de la decisión de apelación
- Fundamento clínico de la decisión

- Tipos de médicos que evaluaron la apelación, incluida la especialidad
- Su derecho a solicitar una revisión por parte de la Organización de Revisión Independiente (IRO) y cómo hacerlo
- Su derecho a solicitar una copia de las pautas utilizadas para tomar la decisión (a menos que se haya determinado que el servicio de atención médica proporcionado o propuesto no está cubierto por motivos distintos de los de una determinación adversa. Por ejemplo, se trata de un beneficio que no está cubierto o está expresamente excluido).

Usted tiene derecho a un acceso razonable y a recibir copias de toda la documentación a pedido.

Su proveedor de atención médica tiene derecho a solicitar una revisión de un especialista dentro de los diez (10) días de haber tomado nuestra decisión.

Proceso de apelación acelerada

Usted tiene derecho a solicitar una apelación acelerada. Este tipo de apelación se refiere a emergencias, continuación de hospitalizaciones, condiciones potencialmente mortales o circunstancias que involucren la provisión de medicamentos con receta o infusiones intravenosas por los cuales usted esté recibiendo beneficios. Usted puede solicitar una apelación acelerada, ya sea oralmente o por escrito.

Las solicitudes de Apelación Acelerada se decidirán de acuerdo con la urgencia médica de su condición, procedimiento o tratamiento, pero de ningún modo en un plazo mayor a un día hábil a partir de la fecha en que se reciba toda la información necesaria para completar la apelación o 72 horas, lo que suceda primero. La determinación puede ser proporcionada por teléfono o por transmisión electrónica, pero usted recibirá una carta dentro de los 3 días hábiles de la notificación inicial por teléfono o por transmisión electrónica.

Usted tiene derecho a un acceso razonable y a recibir copias de toda la documentación a pedido.

Revisión externa independiente: Apelaciones

Si su caso involucra una afección médica potencialmente mortal, circunstancias relacionadas con la provisión de medicamentos con receta o infusiones intravenosas por las cuales usted recibe beneficios actualmente, una denegación a una solicitud de excepción de la lista de medicamentos, o si no cumplimos los plazos internos, usted tiene derecho a una apelación inmediata ante una Organización de Revisión Independiente (IRO).

Respuesta a una apelación de medicamentos de farmacia estándar

Community le enviará una respuesta a su apelación de una excepción de la lista de medicamentos cubiertos dentro de las 72 horas de recibir la solicitud y toda la información necesaria para completar la apelación.

LA RESPUESTA ESCRITA INCLUIRÁ:

- Motivos de la decisión de apelación
- Fundamento clínico de la decisión
- Tipos de médicos que evaluaron la apelación, incluida la especialidad
- Su derecho a una revisión por una Organización de Revisión Independiente (IRO)
- Cómo solicitar una IRO (a menos que se haya determinado que el servicio de cuidado médico proporcionado o propuesto no está cubierto por motivos distintos de los de una determinación adversa; por ejemplo, se trata de un beneficio que no está cubierto o está expresamente excluido).
- Su derecho a solicitar una copia de las pautas utilizadas para tomar la decisión

Usted tiene derecho a un acceso razonable y a recibir copias de toda la documentación a pedido. Su proveedor de atención médica tiene derecho a solicitar una revisión de un especialista dentro de los diez (10) días de haber tomado nuestra decisión.

Proceso de apelación de farmacia acelerada

Usted tiene derecho a solicitar una apelación acelerada. Este tipo de apelación se refiere a emergencias, continuación de hospitalizaciones y afecciones potencialmente mortales. Usted puede solicitar una apelación acelerada, ya sea oralmente o por escrito. Las apelaciones estándar por medicamentos con receta se decidirán dentro de 1 día hábil. Usted tiene derecho a un acceso razonable y a recibir copias de toda la documentación a pedido.

Revisión externa independiente: Apelaciones de farmacia

Si Community rechaza su solicitud de servicios una vez que usted haya agotado el proceso de apelación interno de Community Health Choice, tiene derecho a una revisión de su apelación por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO) (a menos que se haya determinado que el servicio de atención médica proporcionado o propuesto no está cubierto por motivos distintos de los de una determinación adversa; por ejemplo, se trata de un beneficio que no está cubierto o está expresamente excluido). Una revisión independiente significa que alguien que no es empleado de Community revisará su solicitud de servicios.

Junto con la carta de respuesta a la apelación, Community le enviará información sobre cómo solicitar una IRO y un formulario de solicitud.

Se tomará una decisión sobre la solicitud de excepción externa y el afiliado (o el designado del afiliado) y el médico prescriptor (u otro prescriptor, según corresponda) recibirán una notificación sobre la determinación de cobertura a más tardar 72 horas después de recibir la solicitud y toda la información necesaria para completar la apelación.

Revisiones retrospectivas

Las revisiones retrospectivas se realizarán dentro de un período razonable que no excederá los treinta (30) días después de recibir la solicitud. La determinación se enviará por escrito al proveedor de atención médica, afiliado o a una persona que actúe en nombre del afiliado.

Quejas sobre Determinaciones Adversas También puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas si no está satisfecho con el proceso de apelación de Community Health Choice:

Texas Department of Insurance Consumer Protection
Section (MC 111-1A)
P.O. Box 149091 Austin, TX 78714-9091
E-mail: ConsumerProtection@tdi.texas.gov
1.800.252.3439



PROVEEDORES DE LA RED

Búsqueda de un proveedor de nuestra red

Busque en nuestro directorio de proveedores de la red en línea en www.CommunityHealthChoice.org. Nuestro directorio en línea se actualiza en tiempo real. Por favor, consulte el directorio en línea antes de obtener algún servicio para asegurarse de que el proveedor aún figure en nuestra red. Cuando haga la búsqueda, asegúrese de seleccionar la red adecuada para el plan en el que está inscrito. Si no puede acceder a nuestro directorio en línea, comuníquese con los Servicios para Miembros de Community al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386, o envíe un correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org.

Nuestro directorio en línea diferencia claramente entre los proveedores de la red de Community y los de nuestra red de proveedores limitada. Además, proporciona un listado alfabético de todos los médicos y proveedores, incluidos especialistas, disponibles en ambas redes.

Nuestro directorio en línea también cuenta con una lista de proveedores que se especializan en salud conductual y el tratamiento por abuso de sustancias. Busque en nuestro directorio en línea en www.CommunityHealthChoice.org.

Utilizar un proveedor de nuestra red

En la mayoría de los casos, hay proveedores participantes disponibles para proporcionar los servicios Medicamento Necesarios. Los proveedores participantes han acordado aceptar honorarios con descuento o negociados con anterioridad. Usted es responsable de pagar al proveedor participante cualquier deducible y/o copago aplicable por los servicios recibidos. Ofrecemos distintos planes de cuidado administrado y un proveedor que participa en un plan no es necesariamente un proveedor participante en otros planes ofrecidos por Community Health Choice.

Ver a un especialista

Discuta todas sus necesidades médicas con su PCP. Si usted y su PCP determinan que usted necesita consultar a un especialista, su PCP debe referirlo a un especialista de nuestra red de proveedores. Nuestra red de proveedores cuenta con una amplia variedad de especialistas. Aunque permitimos el acceso abierto a especialistas sin la referencia de un PCP o autorización nuestra, algunos especialistas requerirán una referencia de su PCP.

¿Qué es una referencia? ¿Qué servicios necesitan referencia?

Una referencia es una consulta para evaluar y/o tratar a un paciente que un médico solicita a otro médico.

Todas las necesidades médicas se deben analizar con el PCP. Aunque permitimos el acceso abierto a médicos especializados sin una referencia de un PCP o autorización nuestra, algunos médicos especializados requerirán una referencia de su PCP. Si usted y su PCP determinan que usted necesita consultar a un especialista, el PCP puede recomendar uno específico para sus necesidades médicas.

Requerimos servicios de autorización previa. Visite nuestro sitio web en www.CommunityHealthChoice.org o llame al número telefónico de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación de miembro para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.

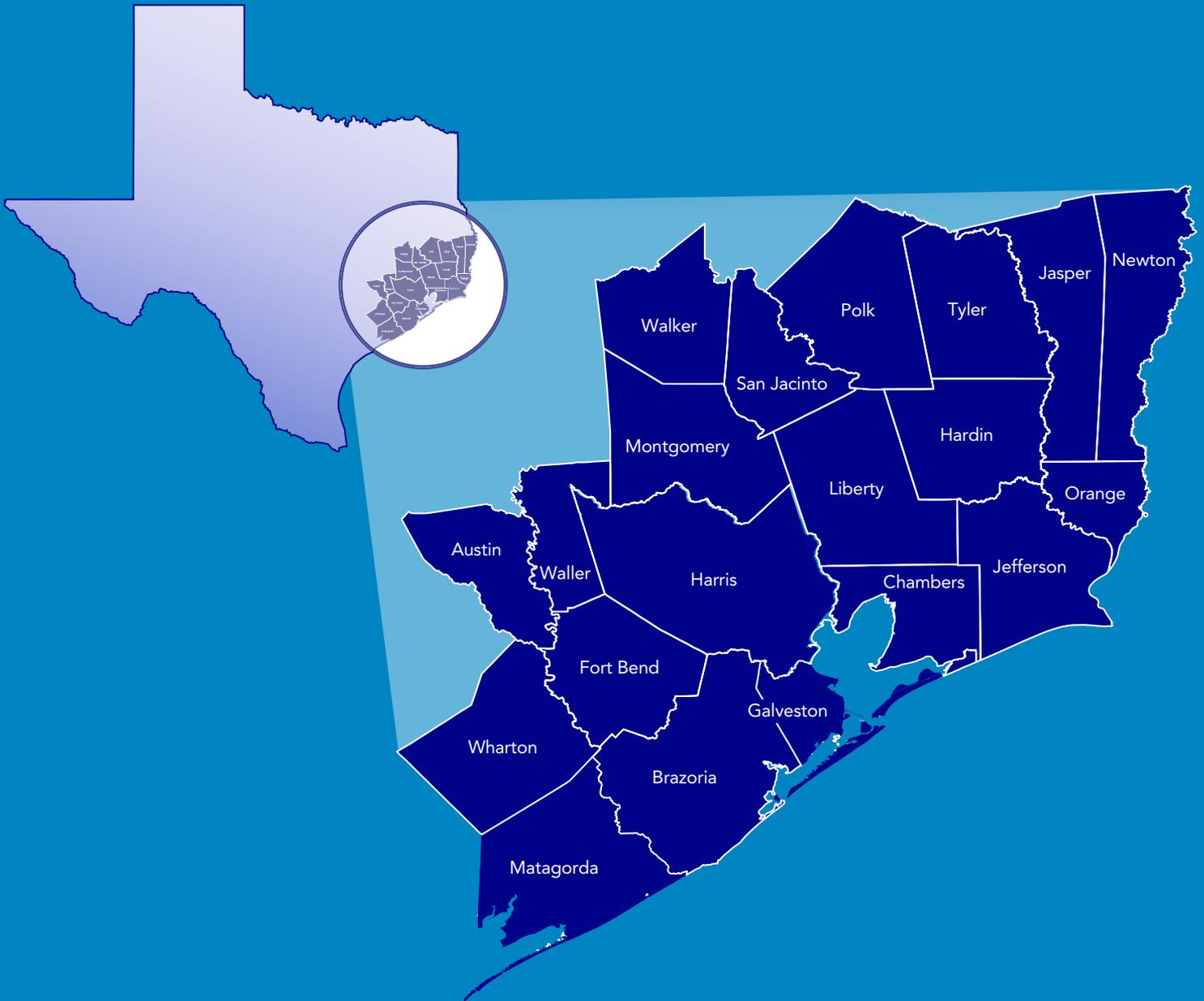
¿Qué significa “Medicamento Necesario”?

Medicamento Necesario significa el alcance de un servicio, tratamiento o procedimiento de atención médica que un profesional de cuidado de la salud le proporcionaría a un paciente con el propósito de diagnosticar, paliar o tratar una enfermedad o lesión corporal, o sus síntomas. El hecho de que un profesional de atención médica recete, autorice o dirija un servicio no lo hace medicamento necesario o cubierto bajo esta enfermedad. El servicio, tratamiento o procedimiento de atención médica debe:

- 1 Adaptarse a las convenciones aceptadas de la práctica médica nacionalmente reconocidas e identificadas como seguras, ampliamente utilizadas y generalmente consideradas efectivas para el uso propuesto;
- 2 Ser clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, intensidad, toxicidad, extensión, ubicación y duración; Ver a un especialista
- 3 No ser principalmente para la conveniencia del paciente o del profesional de atención médica; 4 Estar claramente fundamentado y respaldado por los expedientes médicos y la documentación relativos a la condición del paciente;
- 5 Realizarse de la manera más económicamente eficiente según lo requerido por la condición del paciente;
- 6 Estar apoyado por la preponderancia de la literatura médica nacionalmente reconocida y arbitrada, si la hubiere, y publicada en el idioma inglés a la fecha de servicio; y
- 7 No ser experimental ni con fines de investigación.



ÁREAS DE SERVICIO DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS



APROVECHE SUS BENEFICIOS

Información de beneficios

Puede obtener toda la información sobre los beneficios de los miembros en línea en www.CommunityHealthChoice.org, a través de su página de My Member Account. También puede comunicarse con los Servicios para Miembros de Community al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386, o enviar un correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org.

Creación de una cuenta de miembro

Para crear una cuenta de miembro:

- Visite www.CommunityHealthChoice.org
- Haga clic en "Member Login" (Inicio de sesión de miembro)
- Seleccione "Health Insurance Marketplace" (Mercado de Seguros Médicos) como producto
- Haga clic en "Create an Online Account" (Crear una cuenta en línea)
- Ingrese su información de miembro

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE COMMUNITY CARE

Plan del Mercado		COMMUNITY HEALTH
Miembro ID de miembro:		
Nombre del plan:		
Fecha de vigencia:		
Proveedor asignado:		
Deducibles	Cita dentro de la red después de alcanzar el deducible	Costo de la receta después de alcanzar el deducible
Individual:	Proveedor de atención primaria:	Genérico:
Receta individual:	Especialista: Cuidado urgente: Sala de emergencias de hospital:	Preferido:
Familiar:		No preferido:
		Especialidad:
No hay costo alguno por el cuidado de la salud preventivo. * No se aplica el deducible.		
Farmacia: Navitus Health Solutions BIN: 610602 PCN: NVT RXGroup: CHX		

Cómo usar sus beneficios

1. Muestre esta tarjeta cuando reciba atención médica.
2. Pague por el 100% de su atención médica hasta alcanzar su deducible.
3. De allí en adelante, debe pagar un copago establecido pagadero en el momento de recibir el servicio
4. Algunos servicios requieren autorización previa.
5. En caso de una emergencia médica, llame al 9-1-1 o diríjase a la sala de emergencias del hospital más cercano

Enviar reclamaciones a: Community Health Choice, Inc. P.O. Box 301424, Houston, TX 77230
Reclamaciones electrónicas: ID del pagador 60495

Para obtener más información sobre su plan, inicie sesión en su cuenta de miembro en CommunityHealthChoice.org.

Teléfonos útiles

Community Health Choice	Hable con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana
713.295.6704 o	1.800.835.2362
1.855.315.5386 (llamadas sin cargo)	Salud conductual
Farmacia 1.866.333.2757	1-855-3155386



ID DE MIEMBRO

Su identificador exclusivo. Use este número de identificación en todas sus reclamaciones y consultas. Este también es el número utilizado para crear su

NOMBRE DEL PLAN

Este es el plan que usted

FECHA DE VIGENCIA

La fecha en que

PROVEEDOR ASIGNADO

Nombre de su proveedor de atención primaria. Puede cambiar su proveedor en cualquier momento a través de su cuenta My Member Account.

DEDUCIBLE

El monto que usted debe pagar por los gastos de atención médica antes de que el seguro cubra los costos.

COPAGOS

Una tarifa fija que usted paga por servicios y productos para el cuidado de la salud,

COSTO DE LA RECETA

El monto que usted debe pagar por los

Su farmacéutico usará esta información para procesar su receta.

Su proveedor usará esta información para procesar su reclamación.

Tarjeta de identificación de miembro del Mercado de Seguros Médicos

Siempre que reciba servicios médicos lleve su tarjeta de identificación.



Plan del Mercado de Seguros Médicos

Miembro
ID de miembro:
Nombre del plan:
Fecha de vigencia:
Proveedor asignado:

Deducibles	Cita dentro de la red después de alcanzar el deducible	Costo de la receta después de alcanzar el deducible
Individual:	Proveedor de atención primaria:	Genérico:
Receta individual:	Especialista:	Preferido:
Familiar:	Cuidado urgente:	No preferido:
Receta familiar:	Sala de emergencias de hospital:	Especialidad:

No hay costo alguno por el cuidado de la salud preventivo. * No se aplica el deducible.
Farmacia: Navitus Health Solutions **BIN:** 610602 **PCN:** NVT **RXGroup:** CHX

Cómo usar sus beneficios

- Muestre esta tarjeta cuando reciba atención médica
- Pague por el 100% de su atención médica hasta alcanzar su deducible
- De allí en adelante, debe pagar un copago establecido en el momento de recibir el servicio
- Algunos servicios requieren autorización previa, verifique su plan para averiguar
- En caso de una emergencia médica, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano.

Enviar reclamaciones a: Community Health Choice, Inc. P.O. Box 301424, Houston, TX 77230
Reclamaciones electrónicas: ID del pagador 60495

Para obtener más información sobre su plan, inicie sesión en su cuenta de miembro en CommunityHealthChoice.org.

Teléfonos útiles

Community Health Choice 713.295.6704 o 1.855.315.5386 (llamadas sin cargo) Farmacia 1.866.333.2757	Hable con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana 1.800.835.2362 Salud conductual 1.855.315-5386
---	---





Plan del Mercado de Seguros Médicos

Miembro
ID de miembro:
Nombre del plan:
Fecha de vigencia:
Proveedor asignado:

Deducibles	Cita dentro de la red	Costo de la receta después de alcanzar el deducible
Individual:	P.A.P.:	Genérico:
Receta individual:	Especialista:	Preferido:
Familiar:	Cuidado urgente:	No preferido:
Receta familiar:	Sala de emergencias:	Especialidad:

No hay costo alguno por el cuidado de la salud preventivo. * No se aplica el deducible.
Farmacia: Navitus Health Solutions **BIN:** 610602 **PCN:** NVT **RXGroup:** CHX

Cómo usar sus beneficios

- Muestre esta tarjeta cuando reciba atención médica
- Pague un copago establecido en el momento de recibir el servicio
- Algunos servicios requieren autorización previa, verifique su plan para averiguar
- En caso de una emergencia médica, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano.

Enviar reclamaciones a: Community Health Choice, Inc. P.O. Box 301424, Houston, TX 77230
Reclamaciones electrónicas: ID del pagador 60495

Para obtener más información sobre su plan, inicie sesión en su cuenta de miembro en CommunityHealthChoice.org.

Teléfonos útiles

Community Health Choice 713.295.6704 o 1.855.315.5386 (llamadas sin cargo) Farmacia 1.866.333.2757	Hable con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana 1.800.835.2362 Salud conductual 1.855.315-5386
---	---



Elección de su proveedor de atención primaria

Una vez hecho el pago inicial, puede seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde atención médica. Debe seleccionar un PCP para usted y para cada dependiente cubierto. Una vez seleccionado un PCP, este profesional será su hogar médico. Como hogar médico, su PCP necesita saber todo sobre sus necesidades de cuidado de la salud, tanto pasadas como presentes. Asegúrese de que su PCP tenga todos sus expedientes médicos. Si usted es un paciente nuevo, ayude a su PCP a obtener sus expedientes médicos de su médico anterior. Es posible que deba firmar un formulario para autorizar que sus expedientes médicos sean enviados a su nuevo PCP.

Le ofrecemos numerosas opciones para seleccionar los servicios de un PCP.

- Los siguientes tipos de médicos y proveedores pueden actuar de PCP:
- Los médicos de nuestra red pertenecientes a cualquiera de las siguientes áreas clínicas: general, familiar, medicina interna o pediatría.
- Enfermeras de práctica avanzada (APN) y asistentes médicos (PA) que se encuentren prestando servicios bajo la supervisión de un médico designado como PCP, Centro de Salud con Calificación Federal (FQHC), Clínica de Salud Rural (RHC) y clínicas comunitarias similares.

- Médicos especialistas que estén dispuestos a ser el PCP de miembros selectos con enfermedades crónicas, incapacitantes o potencialmente mortales.
- ATENCIÓN AFILIADAS:** Usted tiene derecho a elegir un obstetra/ginecólogo al que tiene acceso sin antes obtener una referencia de su PCP. Community ha optado por no limitar su elección de un obstetra/ginecólogo a solo aquellos que figuran en la red de Community como tales. Usted puede elegir recibir sus servicios de obstetricia/ginecología a través de su PCP, y no es necesario que elija un obstetra/ginecólogo.

Si usted tiene una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal, puede solicitar un médico especialista como su PCP a nuestro director médico. Para hacer esta solicitud, comuníquese con los Servicios para Miembros de Community al 713.295.6704 (sin cargo al 1.855.315.5386). Si su solicitud es rechazada, tiene derecho a solicitar una revisión a través de nuestro proceso de quejas.

Si usted es internado (por ejemplo, en un hospital), una vez que es admitido su cuidado puede ser dirigido o supervisado por un médico que no sea su PCP.



APROVECHE SUS BENEFICIOS

¿Qué hago si recibo una factura de un proveedor de la red? _____

Usted no debe recibir facturas de un proveedor de la red por un servicio cubierto. Si esto sucede, comuníquese con los Servicios para Miembros de Community al 713.295.6704 (sin cargo al 1.855.315.5386) o envíe un correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org para obtener ayuda. Es posible que deba enviar una copia del estado de cuenta detallado y una copia de su tarjeta de identificación de miembro. Por favor asegúrese de dar su información de seguro al consultorio de su médico antes de comunicarse con Community Health Choice.

Cambiar su proveedor de atención primaria _____

Usted puede cambiar su PCP a través de su cuenta My Member Account en www.CommunityHealthChoice.org. También puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros al 713.295.6704 o sin cargo al 1.855.315.5386. La fecha de vigencia del cambio de PCP es el primer día del mes siguiente.

Mientras tanto, su PCP actual continuará coordinando su cuidado médico. Usted debe ocuparse de transferir sus archivos médicos o los de su dependiente al nuevo PCP.

Recibir cuidado médico _____

Cuando vaya a recibir atención médica:

- Presente su tarjeta de identificación de miembro Lleve un bolígrafo y anotador para escribir todas sus dudas e inquietudes y así poder abordarlas al mismo tiempo; haga preguntas y tome nota
- Entregue a su PCP una lista de todos los medicamentos, vitaminas y suplementos que esté tomando
- Proporcione su historia médica (incluidos sus antecedentes familiares) y mencione todas las alergias que tiene
- Aborde cualquier problema de salud o síntomas que esté experimentando

Preguntas para hacer a su proveedor de atención médica _____

Hacer preguntas y proporcionar información a su médico puede mejorar su cuidado. Le recomendamos hacer preguntas a su proveedor acerca de su diagnóstico, tratamientos y medicamentos para poder mejorar la calidad, seguridad y eficacia del cuidado de su salud. Estos son ejemplos de preguntas que puede utilizar para ayudarle a hacer una lista propia:

- ¿Cuál es mi diagnóstico?
- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
- ¿Cuáles son los beneficios de cada opción? ¿Cuáles son los efectos secundarios?
- ¿Debo hacerme algún estudio? ¿Para qué sirve? ¿Qué me dirán los resultados?
- ¿Qué hará el medicamento que me está recetando? ¿Cómo lo tomo? ¿Hay algún efecto secundario?
- ¿Necesito cambiar mi rutina diaria?

Búsqueda de un proveedor de nuestra red _____

Busque en nuestro directorio de proveedores de la red en línea en www.CommunityHealthChoice.org. Nuestro directorio en línea se actualiza en tiempo real. Por favor, consulte el directorio en línea antes de obtener algún servicio para asegurarse de que el proveedor aún figure en nuestra red.

Cuando haga la búsqueda, asegúrese de seleccionar la red adecuada para el plan en el que está inscrito. Si no puede acceder a nuestro directorio en línea, comuníquese con los Servicios para Miembros de Community al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386, o por correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org.

Nuestro directorio en línea proporciona con claridad un listado alfabético de todos los médicos y proveedores, incluidos especialistas, disponibles en ambas redes. Nuestro directorio en línea también cuenta con una lista de proveedores que se especializan en salud conductual y el tratamiento por abuso de sustancias. Busque en nuestro directorio en línea en www.CommunityHealthChoice.org.

Utilizar un proveedor de nuestra red

En la mayoría de los casos, hay proveedores participantes disponibles para proporcionar los servicios Medicamente Necesarios. Los proveedores participantes han acordado aceptar honorarios con descuento o negociados con anterioridad. Usted es responsable de pagar al proveedor participante cualquier deducible y/o copago aplicable por los servicios recibidos. Ofrecemos distintos planes de cuidado administrado y un proveedor que participa en un plan no es necesariamente un proveedor participante en otros planes ofrecidos por Community Health Choice.

Ver a un especialista

Discuta todas sus necesidades médicas con su PCP. Si usted y su PCP determinan que usted necesita consultar a un especialista, su PCP debe referirlo a un especialista de nuestra red de proveedores. Nuestra red de proveedores cuenta con una amplia variedad de especialistas. Aunque permitimos el acceso abierto a especialistas sin la referencia de un PCP o autorización nuestra, algunos especialistas requerirán una referencia de su PCP.

¿Qué es una referencia? ¿Qué servicios necesitan referencia?

Una referencia es una consulta para evaluar y/o tratar a un paciente que un médico solicita a otro médico. Consulte la lista de servicios que necesitan referencia en línea en www.CommunityHealthChoice.org.

Todas las necesidades médicas se deben analizar con el PCP. Aunque permitimos el acceso abierto a médicos especializados sin una referencia de un PCP o autorización nuestra, algunos médicos especializados requerirán una referencia de su PCP. Si usted y su PCP determinan que usted necesita consultar a un especialista, el PCP puede recomendar uno específico para sus necesidades médicas.

Requerimos servicios de autorización previa. Visite nuestro sitio web en www.CommunityHealthChoice.org o llame al número telefónico de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación de miembro para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.

¿Qué significa “Medicamente Necesario”?

Esto significa el alcance requerido de un servicio, tratamiento o procedimiento médicos que un profesional de atención médica le proporcionaría a un paciente con el propósito de diagnosticar, paliar o tratar una enfermedad o lesión corporal, o sus síntomas. El hecho de que un profesional de atención médica recete, autorice o dirija un servicio no lo hace médicamente necesario o cubierto bajo esta enfermedad. El servicio, tratamiento o procedimiento de atención médica debe:

- 1 Adaptarse a las convenciones aceptadas de la práctica médica nacionalmente reconocidas e identificadas como seguras, ampliamente utilizadas y generalmente consideradas efectivas para el uso propuesto;
- 2 Ser clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, intensidad, toxicidad, extensión, ubicación y duración;
- 3 No ser principalmente para la conveniencia del paciente o del profesional de atención médica;
- 4 Estar claramente fundamentado y respaldado por los expedientes médicos y la documentación relativos a la condición del paciente;
- 5 Realizarse de la manera más económicamente eficiente según lo requerido por la condición del paciente;
- 6 Estar apoyado por la preponderancia de la literatura médica nacionalmente reconocida y arbitrada, si la hubiere, y publicada en el idioma inglés a la fecha de servicio; y
- 7 No ser experimental ni con fines de investigación.



FRAUDE Y ABUSO

Si sospecha que un miembro (una persona que recibe beneficios) o un proveedor (por ejemplo, un médico, dentista o asesor, etc.) incurrió en mala administración, abuso o fraude, usted tiene la responsabilidad y el derecho de informarlo. Puede denunciar a miembros/proveedores directamente a Community en:

Community Health Choice, Inc.
Vice President of Compliance & Privacy
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054
1.877.888.0002

Para presentar un informe en línea, visite el sitio web del Departamento de Seguros de Texas (TDI) en www.tdi.texas.gov/fraud/index.html y seleccione los formularios de informe en línea. Si prefiere hablarlo en persona, llame sin cargo a la línea directa de informe de fraudes del Departamento de Seguros de Texas al 1.800.252.3439.

Cuando denuncie a un proveedor (por ejemplo, un médico, dentista o asesor, etc.), tenga a mano la siguiente información:

- Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor
- Nombre y dirección del centro (hospital, hogar de descanso, agencia de atención domiciliaria, etc.)
- Tipo de proveedor (médico, fisioterapeuta, farmacéutico, etc.)
- Nombre y número de teléfono de otros testigos que puedan ayudar en la investigación
- Fechas de los sucesos
- Resumen de lo sucedido

Cuando denuncie a un miembro (una persona que recibe beneficios), proporcione la siguiente información:

- Nombre de la persona
- Fecha de nacimiento de la persona, su número de Seguro Social o número de caso, si lo tiene
- Ciudad donde reside esta persona
- Detalles específicos de la mala administración, abuso o fraude



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta notificación describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, y cómo usted puede acceder a ella. Por favor, léala atentamente. Si tiene preguntas sobre esta notificación, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de Community.

Este aviso de prácticas de privacidad se le entrega como parte de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA). Explica de qué manera podemos utilizar o compartir la información protegida sobre su salud (PHI) y la información personal sensible (SPI). Le indica con quién podemos compartirla y cómo la mantenemos segura. Le informa cómo obtener una copia o cómo editar su información. Usted puede o no permitirnos compartir datos específicos, excepto que la ley así lo exija.

Nuestra responsabilidad hacia usted respecto de la información protegida sobre la salud

La "información protegida sobre la salud" y la "información personal sensible" (PHI/SPI) es información que identifica a la persona o al paciente. Estos datos pueden ser su edad, dirección, dirección de correo electrónico e información médica. Puede estar relacionada con su salud física o mental, pasadas, presentes o futuras. También puede estar relacionada con los servicios de atención médica y otros datos personales.

POR LEY, COMMUNITY DEBE:

- Asegurarse de que su PHI/SPI se mantenga privada.

- Entregarle esta notificación sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Describe el uso y la divulgación de su PHI/SPI. Seguir los términos de la notificación vigente.
- Informarle acerca de cualquier cambio en esta notificación. Notificarle que la información sobre su salud (PHI/SPI) creada o recibida por Community se encuentra sujeta a divulgación electrónica.
- Proporcionarle una copia electrónica de su expediente dentro de los quince (15) días de su solicitud. También podemos entregárselo por otro medio si así lo solicita. Existen algunas excepciones a esta regla.
- No vender PHI/SPI, salvo algunas excepciones.
- Notificarle cualquier sospecha de acceso de una persona no autorizada a su PHI/SPI no encriptada.
- Asegurarse de que la información que usted comparta con nosotros sea confidencial y segura. Protegemos su información utilizando capas de conexión segura (SSL), un proceso que permite que solo el personal autorizado pueda acceder a su información personal. Todo el personal autorizado deberá respetar las políticas de seguridad y confidencialidad de Community. El acceso a su información está restringido en base a las responsabilidades del empleado.
- Capacitar a los empleados respecto de nuestras prácticas de privacidad. Se exige una capacitación sobre la HIPAA antes de acceder a la PHI/SPI. Los empleados son capacitados anualmente.

Nos reservamos el derecho a cambiar esta notificación. Usted puede obtener una copia en www.CommunityHealthChoice.org, o puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad y solicitar que le enviemos una copia por correo.



FRAUDE Y ABUSO

Cómo Community puede utilizar o divulgar su PHI sin su autorización

Estos son algunos ejemplos de usos y divulgaciones permitidos de su PHI/SPI. Estos ejemplos no son los únicos.

TRATAMIENTO — Community utilizará y compartirá su PHI/SPI para proveer, coordinar o administrar su atención médica y otros servicios. Es posible que la compartamos con médicos y quienes ayudan con su cuidado. En emergencias, la utilizaremos y compartiremos para poder proveer la atención médica que usted necesita. Solo compartiremos lo que sea necesario.

Community y sus representantes no usarán o permitirán deliberadamente que alguien más use o

PAGO — Podemos utilizar y compartir su PHI/SPI para recibir pagos por la atención médica que usted ha recibido.

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA — Podemos utilizar o compartir su PHI/SPI en nuestras actividades diarias. Por ejemplo:

- Para llamarlo o recordarle su cita
- Para realizar u organizar otras actividades de atención médica
- Para enviarle un boletín informativo
- Para enviarle noticias sobre productos o servicios que puedan beneficiarlo
- Para brindarle información acerca de opciones de tratamiento y otros beneficios

SOCIOS COMERCIALES — Podemos compartir su PHI/SPI con nuestros socios comerciales. Ellos también deberán protegerla. Deben seguir las normas de privacidad y seguridad de HIPAA, las normas HITECH y las leyes de privacidad de Texas. En caso contrario, quedan sujetos a la aplicación de multas y sanciones. Deben informar cualquier divulgación de la PHI/SPI no encriptada.

REQUERIDO POR LA LEY — Por ley, a veces estamos

obligados a utilizar o compartir su PHI/SPI. Estos son algunos ejemplos de casos en los que las autoridades de salud pública necesitan esta información para:

- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades
- Informar nacimientos y defunciones
- Reportar casos de negligencia o maltrato infantil
- Informar sobre problemas con medicamentos y otros productos
- Informar a las autoridades si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES — Podemos compartir su PHI/SPI para informarle a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad. Podemos informarle a una persona que podría estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o afección.

ORGANISMOS DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD Y LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS

DE LOS ESTADOS UNIDOS — Compartiremos su PHI/SPI cuando los organismos de supervisión de la salud lo dispongan.

PROCEDIMIENTOS JUDICIALES — Compartiremos su PHI/SPI por asuntos legales. Debemos recibir una orden judicial o de otro proceso legal.

APLICACIÓN DE LA LEY Y ACTIVIDAD DELICTIVA — Compartiremos su PHI/SPI si consideramos que ayudará a resolver un delito. La compartiremos para prevenir o reducir una amenaza grave. También podemos compartir su información para ayudar a los agentes del orden público a encontrar o detener a una persona.

MÉDICOS FORENSES, DIRECTORES FUNERARIOS Y DONACIONES DE ÓRGANOS —

Compartimos PHI/SPI con médicos forenses, médicos examinadores y directores funerarios. También podemos compartirla para ayudar a administrar donaciones de órganos, ojos o tejido.

INVESTIGACIÓN — Si Community acepta formar parte de un estudio de investigación aprobado, nos aseguraremos de que se mantenga la confidencialidad de su PHI/SPI.

ACTIVIDAD MILITAR Y SEGURIDAD NACIONAL — Podemos compartir PHI/SPI del personal de las fuerzas armadas con el gobierno.

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES — Compartiremos su PHI/SPI para cumplir las leyes de Compensación de Trabajadores y programas similares.

RECLUSOS — Podemos utilizar o compartir su PHI/SPI si usted es un recluso en una institución correccional y hemos creado o recibido su PHI/SPI mientras le proporcionamos atención médica.

DIVULGACIÓN POR EL PLAN DE SALUD — Compartiremos su PHI/SPI para verificar que usted pueda recibir atención médica. Trabajaremos con otros planes de seguro de salud y otros programas gubernamentales.

ACCESO DE PADRES — Cumplimos las leyes de Texas sobre el trato de menores de edad. Cumplimos la ley con respecto a la entrega de PHI/SPI a padres, tutores u otras personas con responsabilidad legal sobre los menores.

PARA PERSONAS QUE PARTICIPAN EN SU CUIDADO O EN EL PAGO DE SU CUIDADO — Compartiremos su PHI/SPI con su familia u otras personas que usted desee que estén informadas sobre su atención médica. Puede indicarnos quiénes están o no autorizados a saber sobre su cuidado. Deberá completar un formulario que formará parte de su historia clínica.

RESTRICCIONES DE MERCADEO — La ley HITECH no le permite a Community recibir dinero para comunicaciones de mercadeo.

OTRAS LEYES QUE PROTEGEN LA INFORMACIÓN DE SALUD — Otras leyes protegen la PHI/SPI sobre salud mental, tratamiento por abuso de alcohol y drogas, estudios genéticos y pruebas o tratamiento del VIH/sida. Deberá dar su consentimiento por escrito para compartir esta clase de PHI/SPI. Sus derechos de privacidad respecto de la información sobre su salud

DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR SU INFORMACIÓN DE SALUD — En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver su PHI/SPI. Puede obtener una copia impresa del expediente que tenemos sobre usted. También se lo podemos

enviar electrónicamente. Es posible que se cobre un cargo por copiarlo y enviarlo por correo.

DERECHO A MODIFICAR SU INFORMACIÓN DE SALUD –

Puede solicitar a Community que cambie ciertos datos si usted cree que son erróneos o que están incompletos. Esta solicitud debe hacerse por escrito. No es nuestra obligación hacer estas modificaciones. En caso de que rechacemos su solicitud, lo haremos dentro de los sesenta (60) días de haberla recibido.

DERECHO A UN DETALLE DE LAS DIVULGACIONES – Usted puede solicitar una lista de ciertas divulgaciones de su PHI/SPI. Esta lista no incluirá la PHI/SPI que hayamos compartido antes del 14 de abril de 2003. Usted no puede solicitar información que tenga más de seis (6) años de antigüedad. En el caso de la PHI/SPI electrónica, la lista solo puede retroceder tres (3) años. Existen otros límites que son aplicables a esta lista. Es posible que deba pagar más de una lista por año.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES – Puede pedirnos que no usemos o compartamos parte de su PHI/SPI para tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de la salud. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Usted debe decirnos (1) la PHI/SPI que desea restringir; (2) si desea cambiar nuestro uso y/o divulgación; (3) a quién es aplicable (por ejemplo, a su cónyuge); y (4) la fecha de caducidad.

Si creemos que no es la mejor decisión para las personas involucradas o no podemos limitar los expedientes; no estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, solo compartiremos esa PHI/SPI en una situación de emergencia. Usted puede anular esta solicitud por escrito en cualquier momento.

Si usted paga la totalidad de un artículo o servicio, puede pedirle a un proveedor que no comparta su PHI/SPI con Community con fines de pago u operaciones. Estas son las razones principales por las que la necesitaríamos. Esto no es aplicable si necesitamos su PHI/SPI con fines de tratamiento.

DERECHO A RECIBIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

– Usted puede decirnos dónde y cómo entregarle su PHI/SPI. Puede solicitarnos que solo llamemos a un número determinado. También puede darnos otra dirección si cree que enviar correo a su dirección habitual lo pondrá en peligro. Debe ser específico y aclarar esto por escrito.

DERECHO A ELEGIR UN REPRESENTANTE PARA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE –

Si usted ha designado a un representante con un poder notarial médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre la información sobre su salud. Nos aseguraremos de que esta persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

DERECHO A RECIBIR UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO

— Puede solicitar y recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque ya haya recibido este aviso previamente o haya aceptado recibirlo electrónicamente.

DERECHO A REVOCAR UNA AUTORIZACIÓN DE

DIVULGACIÓN – Si nos ha permitido usar o compartir su PHI/SPI, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Debe informar de este cambio por escrito. En algunos casos, es posible que ya la hayamos usado o compartido.

DERECHO A SER NOTIFICADO SOBRE UN ACCESO NO AUTORIZADO –

Se le informará si descubrimos que se produjo un acceso no autorizado en su PHI/SPI no asegurada. Este acceso no autorizado puede provenir de Community o de uno de sus socios comerciales.

Leyes federales de privacidad

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se le entrega como parte de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA). Existen otras leyes de privacidad que también son aplicables, como la Ley de Libertad de Información; la Ley de Reorganización de la Administración de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas; la Ley de Tecnología de Información de la Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH); y la Ley de Privacidad de Texas, Código de Salud y Seguridad, Sección 181 et al.

Quejas

Usted puede presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad. Puede comunicarse con el oficial de privacidad de Community al 1.877.888.0002. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Por favor, consulte la información de contacto de la Oficina de Derechos Civiles que se encuentra al final de este aviso. Le recomendamos que nos informe acerca de cualquier inquietud en cuanto a su privacidad. No se tomará ninguna represalia en su contra ni será penalizado por presentar una queja.

Autorización para usar o divulgar información de salud

Fuera de lo indicado anteriormente, no utilizaremos ni compartiremos su PHI/SPI sin su consentimiento escrito. Puede cambiar su opinión sobre el uso que le damos a su PHI/SPI en cualquier momento. Debe informar de este cambio por escrito.

La Ley HITECH obliga a Community a limitar los usos, divulgaciones y solicitudes de su PHI/SPI. No podemos solicitar ni compartir más de lo necesario.

FECHA DE VIGENCIA – Este aviso originalmente entró en vigor el 14 de abril de 2003 y fue actualizado el 23 de septiembre de 2013. Este aviso permanece en vigor hasta que otro aviso lo reemplace.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta o queja, por favor, diríjase a:

Community Health Choice, Inc.
Funcionario de Cumplimiento 2636 South
Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054
1.877.888.0002

U.S. Department of Health and Human Services
(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los
Estados Unidos), Office for Civil Rights
(Oficina de Derechos Civiles)
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1.877.696.6775
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

Para obtener más información: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html



DEFINICIONES DE LA COBERTURA DE SALUD

Copago

Un monto fijo en dólares especificado o un monto expresado como un porcentaje que usted está obligado a pagar por los gastos cubiertos de ciertos beneficios especificados.

Deducible

El monto que usted y/o su familia deben incurrir por servicios cubiertos y que son responsables de pagar antes de aplicar un copago. El deducible solo se aplica si usted tiene un plan de beneficios de salud a elección del consumidor.

Lista de medicamentos cubiertos

Una lista de los medicamentos con receta preferidos cuya cobertura está aprobada por el programa de beneficios de farmacia de Community. Incluye medicamentos de marca y genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

HMO

Una organización de mantenimiento de la salud (HMO) organiza o proporciona un plan de cuidado de la salud a los afiliados por un pago anticipado.

En la red

Médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud que tienen un contrato con Community para proporcionar servicios a una tarifa de pago negociada a nuestros miembros.

Monto máximo de gastos de bolsillo

Lo máximo que usted paga por los servicios cubiertos cada año. Una vez alcanzado, el plan paga el 100% de la mayoría de los servicios cubiertos por el resto del año.

Proveedor de atención primaria

Un proveedor de atención primaria (PCP) está capacitado para gestionar todas sus condiciones de salud. Su PCP desempeña muchas funciones: cuidador primario, consultor de cuidado de la salud, coordinador de atención especializada, asesor de pacientes y hogar médico. Los PCP pueden ser:

- Médicos familiares/generales (que tratan a pacientes de todas las edades)
- Internistas (médicos que tratan a adultos y pueden tener una subespecialidad)
- Pediatras (médicos que tratan a niños)
- Obstetras/ginecólogos (OB/GYN) (médicos que tratan a mujeres, tanto embarazadas como las que no lo están)

Autorización previa

La determinación de Community o una persona designada de que un servicio o medicamento con receta es médicamente necesario antes de ser proporcionado. Algunos servicios de cuidado de la salud, medicamentos con receta o equipos médicos requieren que usted o su proveedor obtengan una aprobación o autorización previa antes de que usted pueda recibir los servicios, excepto en una situación de emergencia.

Referencia

Una referencia es una consulta para evaluar y/o tratar a un paciente que un médico solicita a otro médico.

Especialista

Un médico especialista se enfoca en un área específica de la medicina o trata a un grupo específico de pacientes. Estos son algunos ejemplos de especialistas:

- Cardiólogos
- Dermatólogos
- Cirujanos

Terapia escalonada

Un tipo de autorización previa requerida para algunos medicamentos de alto costo.



PREGUNTAS FRECUENTES

¿Solo puedo inscribirme durante la inscripción abierta?

La inscripción en los planes del Mercado de Seguros Médicos de Community únicamente se permite durante el período de inscripción abierta especificado por el gobierno federal, a menos que tenga un evento calificador. Los eventos calificadores incluyen:

- Pérdida de cobertura mínima
- Pérdida de cobertura de Medicaid o del programa CHIP
- Matrimonio/Nacimiento/Adopción
- Obtención de ciudadanía o condición inmigratoria calificadora Errores de inscripción cometidos por CMS o el Mercado de Seguros Médicos
- Cambio en la elegibilidad para créditos fiscales o reducciones de los gastos compartidos
- Obtención de acceso a nuevos planes como consecuencia de una mudanza
- Si usted estaba inscrito en una cobertura de empleador no calificadora
- Si el plan de salud calificado incumple su contrato
- Circunstancias excepcionales

¿Cómo se calcula la edad?

Se determina según la edad que tenga el afiliado en la fecha de vigencia de la cobertura.

¿Existen limitaciones para condiciones preexistentes?

No, no hay limitaciones para condiciones preexistentes.

¿Cómo localizo proveedores y centros de la red?

Busque en nuestro directorio de proveedores de la red en línea en [www. CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). Nuestro directorio en línea se actualiza en tiempo real. Por favor, consulte el directorio en línea antes de obtener algún servicio para asegurarse de que el proveedor aún figure en nuestra red. Si no puede acceder a nuestro directorio en línea, comuníquese con los Servicios para Miembros de Community al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386, o por correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org. Los proveedores de la red no son agentes de Community, son contratistas independientes. Community paga a los médicos a una tarifa de cargo por servicio.

¿Qué sucede si veo a un proveedor fuera de la red?

De acuerdo con los planes de Community, no existen beneficios para los servicios fuera de la red, con la excepción de emergencias o servicios que hayan recibido aprobación/autorización previa debido a una necesidad médica.

¿Qué es una lista de medicamentos cubiertos?

Una lista de medicamentos cubiertos es una lista de medicamentos preferidos armada por Community para ayudarle a obtener medicamentos de calidad y económicamente accesibles.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos son medicamentos que contienen los mismos ingredientes activos en las mismas cantidades que los medicamentos de marca.

Los medicamentos genéricos pueden tener un color, forma o tamaño distinto. Los medicamentos genéricos han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) e identificados como seguros y efectivos. Un medicamento genérico puede sustituir a un medicamento de marca cuando haya sido calificado como equivalente por la FDA, siempre que la ley y el médico lo permitan.

¿Cómo hago un pago?

El pago inicial de la prima puede hacerse con cheque o por teléfono con tarjeta de crédito. Todos los pagos futuros pueden hacerse con cheque, por teléfono con tarjeta de crédito, electrónicamente a través de My Member

Account, o en persona con un proveedor aprobado. Para obtener una lista de proveedores aprobados, visite el sitio web de Community.

¿Puedo cancelar mi cobertura en cualquier momento?

Usted puede cancelar su cobertura cuando tiene un evento calificador o la cobertura es cancelada automáticamente por falta de pago una vez terminado el período de gracia. Tenga en cuenta que la cancelación de su cobertura puede dar como resultado una multa impositiva federal.

¿Puedo cambiar de planes en cualquier momento?

Los planes sólo pueden cambiarse durante la inscripción abierta, a menos que tenga un evento calificador.

¿Cuándo debo presentar una reclamación?

Usted debe presentar una reclamación si recibe servicios fuera de nuestra área de servicio que no serán facturados a Community por parte del médico o proveedor.

¿Cómo puedo verificar el estado de la reclamación?

Usted puede verificar el estado de las reclamaciones ingresando a My Member Account, comunicándose con Servicios para Miembros de Community al 713.295.6704, sin cargo al 1.855.315.5386, o por correo electrónico a Marketplace@CommunityHealthChoice.org.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS MIEMBROS

Todos los años, Community llevará a cabo una encuesta de satisfacción de los miembros para solicitar y responder a las sugerencias de los miembros acerca de cómo Community puede brindarles un mejor servicio. Los resultados de la encuesta de satisfacción de los miembros son evaluados por el Comité de Mejora de la Calidad de Community e informados a su Junta de Directores. Los resultados de la encuesta de satisfacción de los miembros están disponibles para aquellos miembros que los soliciten.

MUCHAS GRACIAS

¡Gracias por elegir a Community Health Choice como su plan del Mercado de Seguros Médicos!
Nos esforzamos por brindarle el mejor servicio y el mejor acceso al cuidado de la salud posible



ASISTENCIA CON EL IDIOMA

Las leyes federales requieren que Community Health Choice, Inc. proporcione la siguiente información.



NON-DISCRIMINATION STATEMENT

Community Health Choice, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles, y no discrimina con base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. no excluye a las personas y ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como intérpretes cualificados de lenguaje de señas, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos). Community Health Choice, Inc. proporciona servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma materno no es el inglés, como intérpretes cualificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Community Health Choice, Inc. al teléfono 1.855.315.5386. Si cree que Community Health Choice, Inc. no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera con base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja.

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o por correo electrónico a:

Service Improvement Department
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054

Teléfono: 713.295.6704

Correo electrónico: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, en forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Arabic

تضمن هذا الإعلان معلومات مهمة وتعلق هذه المعلومات الهامة في الاعتراف بخصوص طلبك أو التغطية تحت التأمين الصحي. Community Health Choice. ابحث عن التواريخ الهامة في هذا الاعتراف. قد تحتاج لاتخاذ اجراءات قبل مواعيد محددة للحفاظ على تأمينك الصحي أو مساعدتك في دفع التكاليف. نيك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك دون اي تكلفة. اتصل على 1.855.315.5386.

English

This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through Community Health Choice. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1.855.315.5386.

German

Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag auf Krankenversicherung bzw. Ihren Versicherungsschutz mit Community Health Choice. Achten Sie auf wichtige Termine in dieser Mitteilung. Eventuell müssen Sie zu bestimmten Stichtagen Maßnahmen ergreifen, um die Beibehaltung Ihres Versicherungsschutzes bzw. finanzieller Unterstützung zu gewährleisten. Sie haben ein Recht auf die kostenfreie Bereitstellung dieser Informationen und weiterer Unterstützung in Ihrer Sprache. Rufen Sie an unter 1.855.315.5386.

Hindi

इस सूचनामें महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचनामें आपके आवेदन या Community Health Choice द्वारा कवरेज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सूचना में महत्वपूर्ण तारीखों के लिए खोजिये। आप अपने स्वास्थ्यके कवरेज रखने के लिए या लागत के मदद के लिए निश्चित समय सीमासे कार्रवाई करना जरूरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में इस जानकारी और सहायता नि:शुल्क प्राप्त करने का अधिकार है। 1.855.315.5386 बुलाइये।

Korean

이 통지서는 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서는 Community Health Choice를 통한 귀하의 신청이나 보험보장에 대해 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서에서 주요 날짜를 확인하십시오. 귀하의 건강보험 보장을 유지하거나 비용에서 도움을 받기 위해서는 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하에게는, 이러한 정보를 받고 무료로 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1.855.315.5386로 연락하십시오.

Persian

این اطلاعیه حاوی اطلاعات مهمی می باشد. این اطلاعیه حاوی نکات مهمی درباره تقاضاینامه و پوشش بیمه ای شما توسط Community Health Choice می باشد. به تاریخ های ذکر شده در این اطلاعیه توجه نمایید. به منظور برقرار نگه داشتن پوشش بیمه ای با دریافت کمک هزینه، ممکن است نیاز باشد که تا مهلت های مقرر، اقداماتی را انجام دهید. حق شماست که این اطلاعات و کمک را بطور رایگان به زبان خودتان دریافت نمایید. با شماره تلفن 1.855.315.5386 تماس بگیرید.

Spanish or Spanish Creole

Este aviso contiene información importante. Este aviso contiene información importante acerca de su solicitud o cobertura a través de Community Health Choice. Preste atención a las fechas clave que se incluyen en este aviso. Es posible que deba tomar alguna medida antes de determinadas fechas para mantener su cobertura médica o ayuda con los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Llame al teléfono 1.855.315.5386.

Urdu

اس نوٹس میں اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں Community Health Choice کے ذریعے آپ کی درخواست یا بیمہ کے تحت سے متعلق اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں اہم تاریخوں کو یاد رکھیں۔ اپنے صحت کے بیمہ کے تحت کو برقرار رکھنے یا اخراجات میں مدد کے لیے آپ کو کچھ خاص تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ آپ کو ان معلومات اور مدد کو اپنی زبان میں مفت حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ 1.855.315.5386 پر رابطہ کریں۔

Chinese

本通知有重要信息。本通知包含关于您透過Community Health Choice提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權免費以您的母語得到本訊息和幫助。請撥電話 1.855.315.5386。

French

Cet avis contient d'importantes informations. Cet avis contient d'importantes informations concernant votre demande ou votre couverture avec Community Health Choice. Consultez les dates figurant dans le présent avis car il est possible que vous ayez à prendre certaines mesures avant ces dates pour conserver votre assurance santé ou profiter de meilleurs coûts. Vous êtes en droit de recevoir ces informations et de bénéficier gratuitement d'une aide dans votre langue. Appelez le 1.855.315.5386.

Gujarati

આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice ઢરા તમારી અરજ અથવા કવરેજ વિશે મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને સુધારવા અથવા ખર્ચ ઓળવે માદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ મુદત સુધી પગલાં લેવાની તમારે જરૂર પડી શકે છે. તમને શ્રેષ્ઠ પણ ખર્ચ ઢિવા તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાનો અભિચાર છે. 1.855.315.5386 પર કોલ કરો.

Japanese

この通知には必要な情報が含まれています。この通知にはCommunity Health Choiceの申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。1.855.315.5386までお電話ください。

Laotian

ໜັງສືຈຳການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນ. ໜັງສືຈຳການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນກ່ຽວກັບໃບສະໜັບສະໜູນການຖືກມາດຕະຖານໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊອກຫາຂໍ້ມູນວັນທີ່ສຳຄັນໃນໜັງສືຈຳການນີ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງປະຕິບັດເສຍໃນກຳນົດເວລາພ້ອມທີ່ຈະຮັກສາການຖືກມາດຕະຖານການຖືກມາດຕະຖານໃນເຮືອງຕໍ່ໃຫ້ຮູ້ຈັບ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຂ່າວສານແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທລະສັບ 1.855.315.5386.

Russian

Настоящее уведомление содержит важную информацию. Настоящее уведомление содержит важную информацию о вашем заявлении или страховом покрытии, предоставляемом Community Health Choice. Обратите внимание на основные даты, указанные в настоящем уведомлении. Возможно, будет необходимо предпринять действия до наступления конечного срока для сохранения страхового полиса или для получения помощи в оплате расходов. Вы имеете право на бесплатное получение этой информации и помощи на вашем языке. Звоните по телефону: 1.855.315.5386.

Tagalog

Ang Notisyang ito ay naglalaman ng Importanteng Impormasyon. Maayroon itong importanteng impormasyon tungkol sa inyong aplikasyon o pagpapaseguro sa pamamagitan Community Health Choice. Hanapin ang mga importanteng petsa sa notisyang ito. Maaaring may kailangan kayong gawin bago ang mga itinakdang deadline para manatiling nakaseguro o para matulungan kayo sa mga kailangang babayaran. Kayo ay may karapatang makatanggap nitong impormasyon at makatanggap ng pagsasalain sa inyong wika na walang kayong babayaran. Tawagan ang 1.855.315.5386.

Vietnamese

Thông báo này có Thông Tin Quan Trọng. Thông báo này có thông tin quan trọng về mẫu đơn của bạn hoặc bảo hiểm của chương trình Community Health Choice. Xem những ngày quan trọng trong thông báo này. Bạn có thể cần phải thực hiện trong thời hạn nhất định để giữ bảo hiểm sức khỏe của bạn hay giúp đỡ chi phí. Bạn có quyền được thông tin này và giúp đỡ trong ngôn ngữ của bạn miễn phí. Xin gọi 1.855.315.5386.

