

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020

Evidencia de Cobertura:

Los beneficios, los servicios médicos y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare que tiene como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP)

Este folleto le brinda detalles acerca de su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare y Medicaid desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020. Explica cómo obtener la cobertura para acceder a los servicios de atención médica y a los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

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

Este documento está disponible de manera gratuita en español.

Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros sin cargo al (833) 276-8306 o llame al número local (713) 295-5007 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP) si necesita obtener esta información en otro idioma o formato (p. ej., Braille, letra grande o cintas de audio).

Los beneficios, copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando resulte necesario.

Evidencia de Cobertura 2020**Índice**

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, diríjase a la primera página de cada capítulo. **Al comienzo de cada capítulo encontrará una lista detallada de temas.**

- Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro 5**
 Explica lo que significa pertenecer a un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado el registro de su membresía.
- Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 24**
 Le indica cómo comunicarse con nuestro plan (Community Health Choice [HMO D-SNP]) y con otras organizaciones, incluida Medicare, el Programa de asistencia con los seguros médicos del estado (SHIP, por sus siglas en inglés), la Organización de mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa de seguro médico del estado para personas con ingresos bajos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de jubilación para ferroviarios.
- Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos 48**
 Explica cosas importantes que debe saber acerca de la obtención de atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas tratados se incluye cómo usar los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención cuando tiene una emergencia.
- Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)..... 67**
 Brinda detalles acerca de los tipos de atención médica que están cubiertos y que *no* están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará por su parte del costo de la atención médica cubierta.
- Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 112**
 Explica las reglas que debe respetar cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Informa qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se

Índice

aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Explica dónde debe surtir sus recetas. Informa sobre los programas del plan con respecto a la seguridad en el consumo de medicamentos y al manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D 137

Brinda información sobre las dos etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de cobertura inicial y Etapa de cobertura contra catástrofes) y cómo afectan estas dos etapas lo que usted paga por los medicamentos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos..... 158

Explica en qué casos y de qué manera puede enviarnos una factura cuando desee solicitarnos que le reembolsemos su parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 163

Explica los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Establece lo que puede hacer si piensa que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 176

Le indica paso a paso lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y realizar apelaciones si tiene problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que cree que nuestro plan cubre. Esto incluye las solicitudes para que hagamos excepciones a las reglas o restricciones adicionales sobre su cobertura de medicamentos recetados, como también las solicitudes de que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos, en caso de que piense que su cobertura termina demasiado pronto.
- Explica cómo realizar reclamos acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Índice

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan..... 244

Explica cuándo y cómo puede terminar su membresía en el plan.
Explica las situaciones en las cuales nuestro plan tiene la obligación de terminar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 256

Incluye avisos acerca de la ley vigente y la política de no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 260

Explica términos clave que se usan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Cómo comenzar como miembro

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	7
Sección 1.1	Está inscripto en Community Health Choice (HMO D-SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan para necesidades especiales)	7
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto de la <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	8
Sección 1.3	Información legal acerca de la <i>Evidencia de Cobertura</i>	8
SECCIÓN 2	¿Qué determina su elegibilidad para ser un miembro del plan?.....	9
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	9
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare?	10
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	10
Sección 2.4	Aquí se indica el área de servicio del plan para Community Health Choice (HMO D-SNP)	10
Sección 2.5	Ciudadano estadounidense o presencia legal	12
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de parte nuestra?.....	12
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: úsela para acceder a toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos	12
Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores</i> : su guía para conocer todos los proveedores de la red del plan	13
Sección 3.3	El <i>Directorio de Farmacias</i> : Su guía para conocer las farmacias de nuestra red	14
Sección 3.4	La Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.....	14
Sección 3.5	<i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D	15
SECCIÓN 4	Su prima mensual de Community Health Choice (HMO D-SNP).....	16
Sección 4.1	¿Cuánto cuesta su prima del plan?	16
Sección 4.2	Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varias formas de que pueda pagarla	17
Sección 4.3	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el transcurso del año?	19
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	21
Sección 5.1	Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted.....	21

SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de la información personal sobre su salud.....	21
Sección 6.1	Nos aseguramos de proteger la información sobre su salud	21
SECCIÓN 7	Cómo funcionan los demás seguros con nuestro plan	21
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	21

SECCIÓN 1 Introducción

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

Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años de edad, algunas personas menores de 65 años de edad que tienen determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa gubernamental federal y estatal conjunto que ayuda con los costos de los medicamentos a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen la cobertura para acceder a servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

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

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Community Health Choice (HMO D-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un “Plan para necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios fueron diseñados para personas que tienen necesidades especiales con respecto a la atención médica. El plan Community Health Choice (HMO D-SNP) está diseñado específicamente para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

Como recibe asistencia de Medicaid con su costo compartido de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros) es posible que no deba pagar nada por los servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le ofrece otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que habitualmente no están cubiertos por Medicare. Además, recibirá “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos recetados de Medicare. El plan Community Health Choice (HMO D-SNP) le ayudará a gestionar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia con el pago que le corresponden.

El plan Community Health Choice (HMO D-SNP) es gestionado por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nos complace suministrarle la cobertura de atención médica de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura en virtud de este plan califica como Cobertura de Salud Calificante (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de las Leyes de Cuidado Asequible de la Salud (ACA, por sus siglas en inglés) y protección de los pacientes. Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

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

Este folleto de la *Evidencia de Cobertura* le indica cómo acceder a su cobertura de atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, lo que incluye la cobertura y lo que debe pagar como miembro del plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos, como también a los medicamentos recetados que tiene disponibles como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP).

Es importante que conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios tiene disponibles. Lo alentamos a destinar algo de tiempo a leer detenidamente este folleto de la *Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, tiene alguna inquietud o solo tiene una duda, comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de Cobertura*

Forma parte del contrato que tenemos con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte del contrato que tenemos con usted acerca de la forma en la cual Community Health Choice (HMO D-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier notificación que le enviemos acerca de los cambios en la cobertura o las condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones en ocasiones se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato se encuentra en vigencia durante los meses en los cuales esté inscrito en Community Health Choice (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

Cada año calendario, Medicare nos permite modificar los planes que ofrecemos. Esto significa que podremos cambiar los costos y los beneficios de Community Health Choice (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2020. También podemos optar

por dejar de ofrecer el plan, o por ofrecerlo en un área de servicio distinta, después del 31 de diciembre de 2020.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Community Health Choice (HMO D-SNP) cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare mientras sea miembro de nuestro plan, siempre y cuando elijamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 ¿Qué determina su elegibilidad para ser un miembro del plan?

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad
--

Es elegible para acceder a la membresía de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare (Sección 2.2 le informa acerca de la Parte A de Medicare y de la Parte B de Medicare);
- -- y -- viva en nuestra área geográfica de servicio (Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio);
- -- y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre en los Estados Unidos de manera legal;
- -- y -- no tenga Enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con determinadas excepciones, como si desarrolla ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o si era miembro de un plan diferente que haya sido interrumpido;
- -- y -- cumple con los requisitos de elegibilidad especiales que se describen a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

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

Para tener en cuenta: Si pierde la elegibilidad, pero puede esperarse razonablemente que vuelva a obtenerla dentro de los próximos tres meses, seguirá siendo elegible para la membresía de nuestro plan (Capítulo 4, Sección 2.1 le informa acerca de la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad que se considere como continua).

Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare?

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

- Por lo general, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios que prestan los hospitales (para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y para determinados elementos (como equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) e insumos).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa gubernamental federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos y de largo plazo a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide lo que se contabiliza como ingresos y recursos, quiénes son elegibles, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo operar su programa, siempre y cuando respeten las pautas federales.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas que tienen el estado de QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+).)

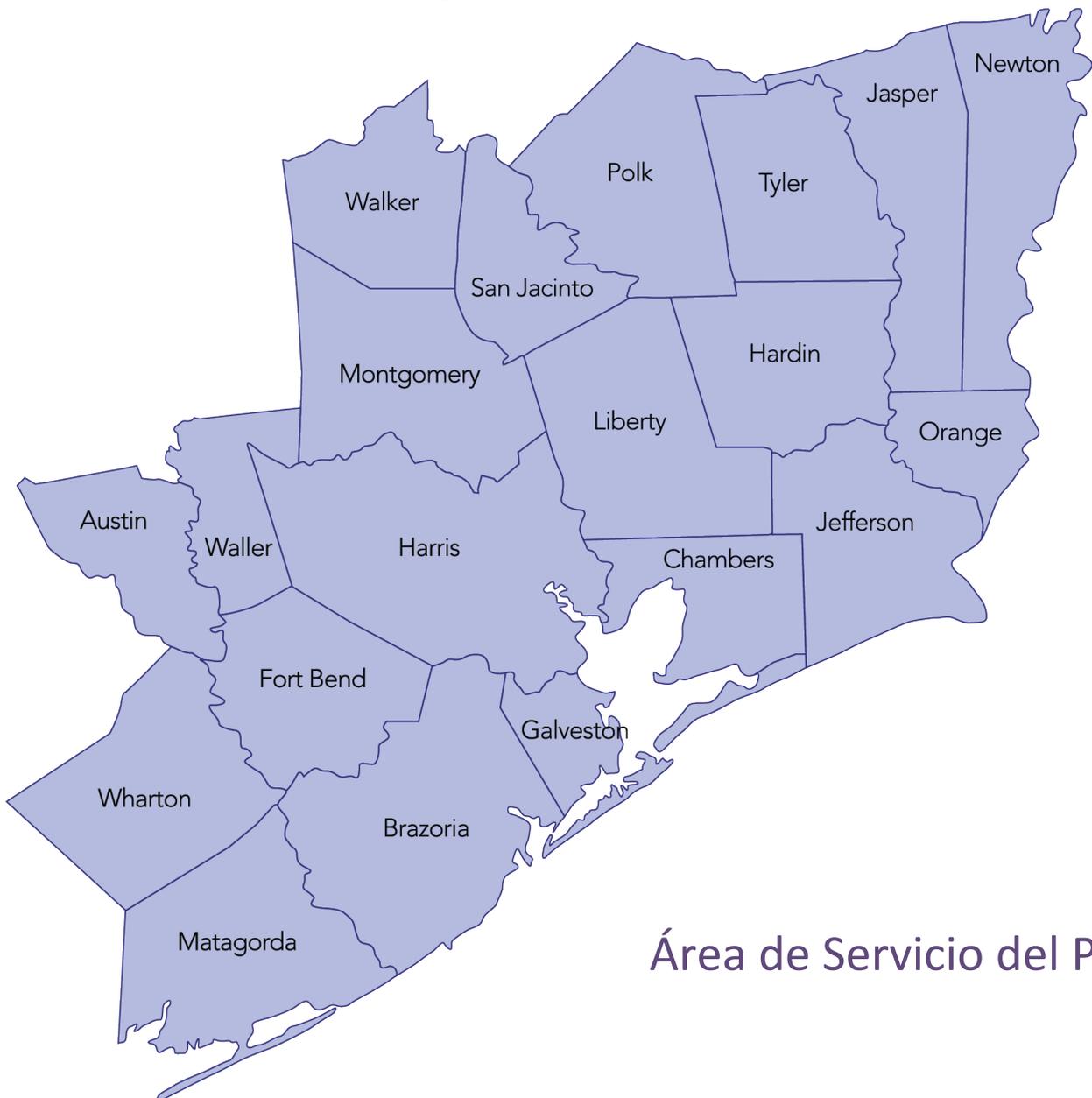
Sección 2.4 Aquí se indica el área de servicio del plan para Community Health Choice (HMO D-SNP)

Si bien Medicare es un programa federal, Community Health Choice (HMO D-SNP) está disponible únicamente para los individuos que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas:

H9826_BD_10052_101119_C

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



Área de Servicio del Plan

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

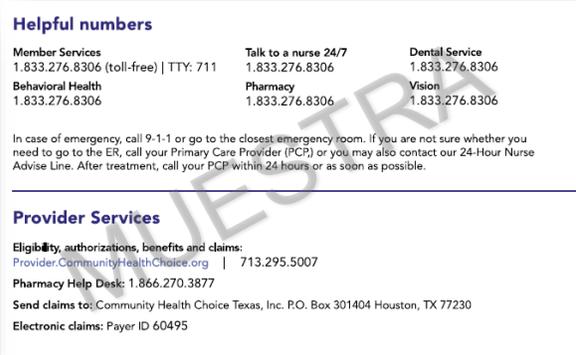
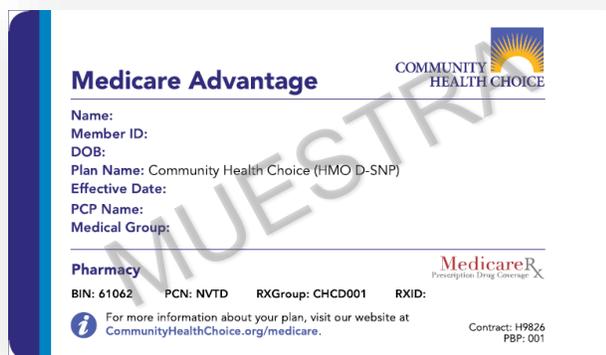
Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos de los EE. UU. o se encuentre en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Community Health Choice (HMO D-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro por este motivo. Community Health Choice (HMO D-SNP) debe eliminar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de parte nuestra?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para acceder a toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar su tarjeta de membresía al plan siempre que obtenga cualquier servicio cubierto por este plan y para surtir los medicamentos recetados que obtiene en las farmacias de la red. También deberá mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor. Aquí tiene una tarjeta de membresía de muestra para mostrarle qué aspecto tendrá la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos **no deberá usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para acceder a los servicios médicos cubiertos (con la excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de

hospicio). Es posible que se le solicite que muestre su tarjeta de Medicare si necesita acceder a servicios hospitalarios. Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que la necesite más adelante.

Este es el motivo por el cual es tan importante hacer esto: Si obtiene servicios cubiertos usando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de Community Health Choice (HMO D-SNP) mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar el costo completo usted mismo.

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

Sección 3.2	El Directorio de Proveedores: su guía para conocer todos los proveedores de la red del plan
--------------------	--

El *Directorio de Proveedores* enumera nuestra red de proveedores médicos y proveedores de equipos médicos duraderos de Medicare.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tengan un acuerdo con nosotros y acepten nuestro pago, como también cualquier costo compartido del plan como el pago completo. Hemos coordinado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Incluimos una copia de nuestro Directorio de Proveedores en el sobre junto a este folleto. Además, la lista de proveedores médicos y de insumos más reciente está disponible en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare.

¿Por qué necesita saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante que sepa qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con determinadas excepciones, mientras es miembro de nuestro plan debe utilizar los proveedores de la red para acceder a la atención y los servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no se encuentra disponible (por lo general, cuando está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los cuales Community Health Choice (HMO D-SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos*) para obtener información más específica acerca de la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene una copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitarla a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede solicitar a Servicios para Miembros que le suministren más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones. También puede consultar el *Directorio de Proveedores* en www.communityhealthchoice.org/Medicare o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios para Miembros como el sitio web pueden suministrarle la información más actualizada acerca de los cambios en los proveedores de nuestra red.

Sección 3.3 El Directorio de Farmacias: Su guía para conocer las farmacias de nuestra red

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas cubiertas a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué es necesario que conozca las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Incluimos una copia de nuestro Directorio de Farmacias en el sobre junto a este folleto. Podrá encontrar un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener información actualizada acerca de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias 2020 para consultar las farmacias que pertenecen a nuestra red.**

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

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D que se incluye en Community Health Choice (HMO D-SNP). Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, usted tiene cubiertos algunos medicamentos recetados en virtud de sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le indica cómo puede averiguar qué medicamentos están cubiertos en virtud de Medicaid.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Community Health Choice (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos también le indica si hay alguna regla que restrinja la cobertura de los medicamentos.

Le suministraremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le suministramos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan de manera más habitual. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si alguno de sus medicamentos no se encuentra en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o contáctese con Servicios para Miembros para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.communityhealthchoice.org/Medicare) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5	<i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D
--------------------	---

Cuando use los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D y a realizar un seguimiento de estos. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le indica el monto total que gastó, o gastaron otras personas en su nombre, en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D*) proporciona más información sobre la *Explicación de Beneficios* y cómo puede ayudarlo a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También hay un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* disponible a solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta su prima del plan?
--

No debe pagar una prima del plan mensual aparte para Community Health Choice (HMO D-SNP).

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser más

En algunas situaciones, su prima del plan podría ser mayor al monto que se indica con anterioridad en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Se exige que algunos miembros paguen una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando obtuvieron la elegibilidad inicial o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más en el cual no contaron con una cobertura de medicamentos recetados “acreditable”. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) En el caso de estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima del plan mensual más el monto de su multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los medicamentos recetados, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.
 - Si alguna vez pierde su subsidio por ingresos bajos (“Ayuda Adicional”), quedará sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez estuvo sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía dependerá del tiempo que haya transcurrido sin que tuviera una cobertura de medicamentos recetado de la Parte D o acreditable.

Se exige que algunos miembros paguen otras primas de Medicare

Se exige que algunos miembros paguen otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 con anterioridad, para ser elegible para acceder a nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid además de tener tanto como la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. En el caso de la mayoría de los miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califica para acceder a ella de manera automática) y la prima de la Parte B. Si Medicaid

no paga las primas de Medicare por usted, deberá seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Si sus ingresos brutos ajustados modificados informados en la declaración de impuestos ante el IRS de hace 2 años superan determinado monto, deberá pagar el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta indicándole cuál será ese monto adicional. Si tuvo un evento que le cambiara la vida y que hubiera provocado que sus ingresos se redujeran, puede solicitarle al Seguro Social que vuelva a considerar su decisión.
- **Tiene la obligación de pagar el monto adicional, y si no lo paga, se eliminará su inscripción al plan.**
- También puede visitar <https://www.medicare.gov> en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y usted 2020* brinda información sobre estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare para 2020”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada año en el otoño. Quienes sean nuevos en Medicare la recibirán dentro de un mes después de inscribirse. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2020* desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2	Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varias formas de que pueda pagarla
--------------------	---

Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen tres (3) formas de que pueda pagarla. Si no seleccionó cómo desea pagar la multa por inscripción tardía, le enviaremos una factura. Puede comunicarse con Servicios para Miembros si desea cambiar su opción de pago.

Si decide cambiar la forma de pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D, la entrada en vigencia del nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses. Mientras procesamos su solicitud de utilizar un método de pago nuevo, será responsable de garantizar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Recibirá un aviso mensual que indicará cuándo vence la multa por inscripción tardía. La multa por inscripción tardía vence en nuestra oficina el 1.er día de cada mes. Los cheques deben redactarse para que sean pagaderos a Community Health Choice (HMO D-SNP) y deben enviarse a:

Community Health Choice (HMO D-SNP)
ATTN: Enrollment
P.O. Box 301413
Houston, TX 77230

Opción 2: Puede pagar mediante débito automático

En lugar de pagar con cheque, puede solicitar que la multa por inscripción tardía se debite automáticamente de su cuenta bancaria. Los débitos automáticos de su cuenta bancaria de la multa por inscripción tardía se realizarán todos los meses aproximadamente el 4.to día de cada mes. Puede solicitar un formulario de la cámara de compensación automatizada (ACH, por sus siglas en inglés) para establecer el débito automático de su cuenta bancaria al comunicarse con Servicios para Miembros. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

Opción 3: Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se debite de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se debite de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar la multa mensual de esta manera. Nos complacerá ayudarlo a establecer el pago. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

La multa por inscripción tardía de la Parte D vence en nuestra oficina el 1.er día de cada mes. Si no recibimos el pago de la multa para el 5.to día de cada mes, le enviaremos una notificación informándole que su membresía del plan terminará si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D dentro de un período de 90 días. Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D, deberá pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos remitirlo a programas que lo ayuden a pagar la multa. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

Si finalizamos su membresía porque no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, tendrá cobertura médica en virtud de Original Medicare. Siempre y cuando reciba “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, seguirá teniendo la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

En el momento en que finalizemos su membresía, es posible que todavía nos adeude la multa que no haya pagado. Recibirá notificaciones por correo acerca de la multa y del monto que nos adeude. Es importante que lea estas notificaciones y nos llame para hacernos cualquier pregunta que tenga acerca de la multa, la membresía finalizada o el monto adeudado. Si desea inscribirse en un plan de Community Health Choice en el futuro, deberá pagar el monto adeudado. Comuníquese con Servicios para Miembros si recibe estas notificaciones. El número está impreso en la contraportada de este documento.

Si piensa que su membresía fue finalizada por error, comuníquese con Servicios para Miembros. Puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión. El Capítulo 9, Sección 11 de este folleto le indica cómo realizar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuviera fuera de su control y que provocara que no pudiera pagar las primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión al comunicarse con Servicios para Miembros sin cargo al (833) 276-8306 o al número local (713) 295-5007 entre el 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Debe realizar la solicitud antes de que transcurran 60 días desde la fecha de finalización de su membresía.

Sección 4.3	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el transcurso del año?
--------------------	--

No. No tenemos permitido comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el transcurso del año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que deba comenzar a pagar o que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede corresponder si tuvo un período continuo de 63 días o más durante los cuales no tuviera una cobertura de medicamentos recetados “acreditable”.) Esto podría ocurrir si obtiene la elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde la elegibilidad para ese programa durante el transcurso del año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y obtiene la elegibilidad para acceder al programa de “Ayuda Adicional” durante el transcurso del año, podría dejar de pagar la multa.

- Si alguna vez pierde su subsidio por ingresos bajos (“Ayuda Adicional”), quedará sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez estuvo sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más.

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

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted
--

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos tiene cubiertos y cuáles son los montos de los costos compartidos que le corresponden.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos si se produce alguno de estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, de la compensación de trabajadores o de Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como los reclamos por un accidente automovilístico
- Si fue internado en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia su parte responsable designada (como por ejemplo, un proveedor de cuidados)
- Si participa en un estudio de investigación clínica

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

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

Revise la información que le enviamos acerca de cualquier otra cobertura de seguro que pueda tener

Medicare exige que recopilemos información de su parte acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios en virtud de nuestro plan. (Para obtener más información sobre el funcionamiento de nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo.)

Una vez por año, le enviaremos una carta que enumere cualquier otra cobertura de seguro médico o medicamentos que sepamos que tiene. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no esté enumerada, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de la información personal sobre su salud

Sección 6.1 Nos aseguramos de proteger la información sobre su salud

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

Para obtener más información sobre la forma en la cual protegemos la información personal sobre su salud, diríjase al Capítulo 8, Sección 1.4 de este folleto.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan los demás seguros con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de un empleador), Medicare tiene reglas establecidas que deciden si nuestro plan o el otro seguro debe pagar primero. El seguro que paga primero se denomina el “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, se denomina el “pagador secundario” y solo paga si quedan costos sin cubrir después del pago de la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cubrir.

Estas reglas se aplican a la cobertura de los planes de salud grupales de un empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilado, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el empleo actual de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplee su empleador y si tiene Medicare por su edad, una discapacidad o la enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años de edad y está discapacitado o si usted o el miembro de su familia todavía trabaja, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene más de 100 empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años de edad y su cónyuge todavía trabaja, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene más de 20 empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a la ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que obtenga la elegibilidad para acceder a Medicare.

Estos tipos de cobertura por lo general pagan primero los servicios relacionados de cada tipo:

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Seguro de responsabilidad civil (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis del minero
- Compensación de trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare o los planes de salud grupales de un empleador ya pagaron.

Si tiene otro seguro, infórmeselo al médico, al hospital y a la farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién debe pagar primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que necesite suministrarle su número de identificación como miembro del plan a sus demás aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y oportunamente.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Community Health Choice (HMO D-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros en el plan).....	255
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	333
SECCIÓN 3	Programa de asistencia con los seguros médicos del estado (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	355
SECCIÓN 4	Organización de mejora de la calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare).....	365
SECCIÓN 5	Seguro Social	376
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa gubernamental federal y estatal conjunto que ayuda con los costos de los medicamentos a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados.)	387
SECCIÓN 7	Información acerca de los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	400
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de jubilación para ferroviarios	465

SECCIÓN 1 Contactos de Community Health Choice (HMO D-SNP)

(cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros en el plan)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamos, facturación o preguntas relacionadas con su tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP). Nos complacerá ayudarlo.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	Llamadas sin cargo al (833) 276-8306 o llamadas locales al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada. Los Servicios para Miembros además tienen servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablen inglés.
LLAME POR TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	713-295-7041
ESCRIBA	Member Services P.O. Box 301413 Houston, TX 77230
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando deba solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de los beneficios y la cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Puede comunicarse con nosotros si tiene preguntas acerca de nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para la atención médica – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	Llamadas sin cargo al (833) 276-8306 o llamadas locales al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
LLAME POR TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	713-295-7041
ESCRIBA	Appeals & Grievances 2636 South Loop West, Suite 125 Houston, TX 77054
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una apelación acerca de su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que ya tomamos. Para obtener más información sobre cómo realizar una apelación acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones para la atención médica – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	Llamadas sin cargo al (833) 276-8306 o llamadas locales al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
LLAME POR TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	713-295-7041
ESCRIBA	Appeals & Grievances 2636 South Loop West, Suite 125 Houston, TX 77054
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una queja acerca de su atención médica

Puede quejarse de nosotros de uno de los proveedores de nuestra red e incluso de la calidad de la atención recibida. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior acerca de cómo realizar una apelación.) Para obtener más información sobre cómo realizar una queja acerca de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	Llamadas sin cargo al (833) 276-8306 o llamadas locales al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
LLAME POR TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	713-295-7041
ESCRIBA	Appeals & Grievances 2636 South Loop West, Suite 125 Houston, TX 77054
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de Community Health Choice (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros cuando deba solicitar una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	Llamadas sin cargo al (833) 276-8306 o llamadas locales al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
LLAME POR TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	855-668-8552
ESCRIBA	Coverage Determinations P.O. Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que ya tomamos. Para obtener más información sobre cómo realizar una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	Llamadas sin cargo al (833) 276-8306 o llamadas locales al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
LLAME POR TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	855-668-8552
ESCRIBA	Redeterminations (Appeals) P.O. Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una queja acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede quejarse de nosotros, de una de las farmacias de nuestra red e incluso de la calidad de la atención recibida. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior acerca de cómo realizar una apelación.) Para obtener más información sobre cómo realizar una queja acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas acerca de medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	Llamadas sin cargo al (833) 276-8306 o llamadas locales al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
LLAME POR TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	855-668-8552
ESCRIBA	P.O. Box 1039 Appleton, WI 54912-1039
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de Community Health Choice (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde debe enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre las situaciones en las cuales puede necesitar solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor,

consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitud de pago – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	Llamadas sin cargo al (833) 276-8306 o llamadas locales al (713) 295-5007 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
LLAME POR TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
FAX	713-295-7041
ESCRIBA	Claims Payment Request 2636 South Loop West, Suite 125 Houston, TX 77054
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/Medicare

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

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

El organismo federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones denominados “CMS”). Este organismo establece contratos con organizaciones de Medicare Advantage, lo cual nos incluye.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
LLAME POR TTY	1-877-486-2048 Este número exige un equipo telefónico especial y es exclusivo para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	<p>https://www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los asuntos actuales de Medicare. Además, posee información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde la computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada acerca de su elegibilidad para acceder a Medicare y de las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estado de elegibilidad para acceder a Medicare.• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare que se encuentran disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede usar el sitio web para informarle a Medicare acerca de cualquier queja que tenga con respecto a Community Health Choice (HMO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none">• Informe a Medicare acerca de su queja: Puede presentar una queja acerca de Community Health Choice (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, la biblioteca o el centro de jubilados locales quizás puedan ayudarle a visitar este sitio web en sus computadoras. O bien, puede llamar por teléfono a Medicare y solicitar la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)</p>

SECCIÓN 3 Programa de asistencia con los seguros médicos del estado (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa de asistencia con los seguros médicos del estado (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno que posee asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa de la información sobre la salud (HICAP, por sus siglas en inglés).

El HICAP es independiente (no está relacionado con ninguna empresa aseguradora ni con planes de salud). Es un programa del estado que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito y local acerca del seguro médico para las personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarle con las preguntas o los problemas que tenga en relación con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos con respecto a Medicare, a realizar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a aclarar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del HICAP también pueden ayudarle a comprender las opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de planes.

Método	Programa de asesoramiento y defensa de la información sobre la salud (HICAP) de Texas – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	1-800-252-9240
LLAME POR TTY	711
ESCRIBA	Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, TX 78714-9030
SITIO WEB	www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/index.html

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

Hay una Organización de mejora de la calidad designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Texas, la Organización de mejora de la calidad se denomina KEPRO -Organización de mejora de la calidad de Texas.

La KEPRO -Organización de mejora de la calidad de Texas posee un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica pagados por el gobierno federal. Esta organización está pagada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. La KEPRO -Organización para la mejora de la calidad de Texas es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con la KEPRO -Organización para la mejora de la calidad de Texas en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Piensa que la cobertura de su internación hospitalaria termina demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de su atención médica en el hogar, su atención en un centro especializado de enfermería o los servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) termina demasiado pronto.

Método	KEPRO -Organización para la mejora de la calidad de Texas – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	1-888-315-0636 Horario de funcionamiento de la línea de ayuda: Días de semana: De 9:00 a. m. a 5:00 p. m. hora del centro Fines de semana y vacaciones: De 11:00 a. m. a 3:00 p. m. hora del centro
LLAME POR TTY	1-855-843-4776 Este número exige un equipo telefónico especial y es exclusivo para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.
ESCRIBA	Rock Run Center, Suite 100 5700 Lombardo Center Dr. Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción para acceder a Medicare. Los ciudadanos de los EE. UU. y los residentes permanentes legales que tengan más de 65 años de edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal y cumplan con determinadas condiciones, son elegibles para acceder a Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare será automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, deberá inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción a Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local de este.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener mayores ingresos. Si tiene una carta del Seguro Social que le informa que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas acerca del monto o si sus ingresos se redujeron debido a un evento que le cambió la vida, puede comunicarse con el Seguro Social para solicitarle que haga una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarle estos cambios.

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 7:00 a. m. 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunos trámites las 24 horas del día.
LLAME POR TTY	1-800-325-0778 Este número exige un equipo telefónico especial y es exclusivo para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 7:00 a. m. 7:00 p. m.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6

Medicaid

(un programa gubernamental federal y estatal conjunto que ayuda con los costos de los medicamentos a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados.)

Medicaid es un programa gubernamental federal y estatal conjunto que ayuda con los costos de los medicamentos a determinadas personas que tienen ingresos y recursos limitados.

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

- Beneficiario calificado de Medicare (**QMB**): Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas que tienen el estado de QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+).)

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

Método	Programa Medicaid de Texas – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	1-877-787-8999 Los horarios son de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora local
LLAME POR TTY	711
ESCRIBA	Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 P O Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	www.hhsc.state.tx.us/ombudsman/

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

Método	Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	1-877-787-8999 Los horarios son de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora local
LLAME POR TTY	711
ESCRIBA	Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 P O Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	www.hhsc.state.tx.us/ombudsman/

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

Método	Comisión de Servicios Humanos y de Salud de Texas – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	1-800-252-2412 Los horarios son de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora local
LLAME POR TTY	711
ESCRIBA	Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 P O Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	https://www.dads.state.tx.us/news_info/ombudsman/

SECCIÓN 7 Información acerca de los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Como es elegible para acceder a Medicaid, califica para acceder a la “Ayuda Adicional” de Medicare y la obtiene para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame al:

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

Si cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando surte su receta en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado. En caso de que ya tenga la evidencia, también nos la podrá suministrar.

- Puede comunicarse con el departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia para obtener la Mejor Evidencia Disponible (BAE, por sus siglas en inglés) y para suministrar esta evidencia.
 - Cuando se comunique con nosotros, verificaremos si existe una discrepancia o si podemos solucionar la discrepancia con respecto a su ayuda adicional sobre la base de la información a la cual tenemos acceso. En algunos casos, es posible que debamos solicitarle que proporcione documentación, en caso de que la tenga disponible. Si no tiene documentación disponible, intentaremos verificar el estado de su ayuda adicional a través de los canales de comunicación y de acuerdo con la orientación establecida por los CMS.
 - Los documentos que se enumeran a continuación son válidos a los efectos de establecer el nivel correcto de ayuda adicional y la fecha de vigencia para los individuos que deberían considerarse elegibles para el Subsidio por Ingresos Bajos (LIS, por sus siglas en inglés). Cada elemento enumerado a continuación debe demostrar que la persona era elegible para acceder a Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - Una copia de la tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad.
 - Si la copia de su tarjeta de Medicaid no indica una fecha de vigencia, no será aceptada como una forma de BAE.
 - Una copia de un documento del estado que confirme el estado activo de Medicaid.
 - Una impresión del archivo de inscripción electrónico del estado que muestre su estado de Medicaid.
 - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre su estado de Medicaid.
 - Otra documentación suministrada por el estado que muestre su estado de Medicaid.
 - Una carta de la SSA que muestre que recibe el SSI; o
 - Una solicitud completa por usted que confirme que es “...automáticamente elegible para acceder a la ayuda adicional...”
 - Community Health Choice (HMO D-SNP) tiene la obligación de aceptar cualquiera de las siguientes formas de evidencia de su parte o de parte de su farmacéutico, defensor, representante, miembro de la familia u otro individuo que se desempeñe en su nombre para establecer que está institucionalizado:
 - Una comprobante de pago del centro que demuestre un pago de Medicaid por usted por un mes calendario completo durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Una copia de un documento del estado que confirme un pago de Medicaid para el centro en su nombre por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior;

- Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre su estado institucional sobre la base de una internación de al menos un mes calendario completo con fines de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- En vigencia a partir de la fecha especificada por la Secretaría, pero no antes del 1 de enero de 2012, una copia de:
 - Una notificación de acción, una notificación de determinación o una notificación de inscripción emitida por el estado que incluya su nombre y la fecha de elegibilidad para HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Un plan de servicios de HCBS aprobado por el estado que incluya su nombre y una fecha de vigencia que comience durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluya su nombre y una fecha de vigencia que comience durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Otra documentación suministrada por el estado que muestre su estado de elegibilidad para HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior; o,
 - Un documento emitido por el estado, como un aviso de pago, que confirme el pago para HCBS e incluya su nombre y las fechas de HCBS.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando surta su próxima receta en la farmacia. Si paga un monto que supera el monto de su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por correo por el monto que pagó en exceso o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no cobró un copago suyo y mantiene su copago como una deuda por su parte, podremos hacer el pago de manera directa a la farmacia. Si un estado pagó en nombre suyo, podremos realizar el pago directamente al estado. Si tiene alguna duda, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si tiene la cobertura de un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Si está inscripto en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) o en cualquier otro programa que proporcione cobertura para los medicamentos de la Parte D (distinto de la “Ayuda Adicional”), todavía obtiene el descuento del 70 % en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % del costo de los medicamentos de marca en el intervalo de cobertura. El descuento

del 70 % y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene la cobertura de un Programa de asistencia con los medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de asistencia con los medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia con los medicamentos contra el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a los individuos elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que les salven la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos necesarios para la asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas. Nota: Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, los individuos deben cumplir con determinados criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y el estado de VIH, deben tener ingresos bajos tal como lo defina el estado y estado de carencia de seguro o seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en el ADAP, es posible que continúe suministrándole asistencia con el costo compartido de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para adquirir los medicamentos que figuran en el formulario del ADAP. Para asegurarse de que continuará recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción del ADAP local acerca de cualquier cambio en el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.

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

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa estatal de asistencia farmacéutica contra el VIH de Texas al 1-800-255-1090.

¿Qué sucede si obtiene “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de los miembros obtienen la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus planes de medicamentos recetados. Si recibe “Ayuda Adicional”, el Programa de descuento del intervalo de cobertura de Medicare no se aplica a usted. Si recibe “Ayuda Adicional”, ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante el intervalo de cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento, pero piensa que debería haberlo obtenido?

Si piensa que ya alcanzó el intervalo de cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próxima notificación de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en la *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo con respecto a que le adeudamos un descuento, puede realizar una apelación. Puede obtener ayuda para presentar una apelación a través del Programa de asistencia con los seguros médicos del estado (SHIP) (los números de teléfono figuran en la Sección 3 de este Capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad médica, edad, estado de salud o discapacidades. Cada estado tiene reglas diferentes para suministrarle cobertura a sus miembros.

En Texas, los Programas estatales de asistencia farmacéutica son el Programa de atención de la salud renal (KHC, por sus siglas en inglés) (Asistencia únicamente para pacientes con ESRD) y el Programa de medicamentos contra el VIH de Texas.

Método	Programa de atención de la salud renal de Texas (KHC) – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	800-222-3986 De 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro De lunes a viernes Teléfono local del área de Austin 512-776-7150
LLAME POR TTY	711 Este número exige un equipo telefónico especial y es exclusivo para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.
ESCRIBA	Kidney Health Care MC 1938 P.O. Box 149347 Austin, TX 78714-9347 Dirección de correo electrónico: khc@hsc.state.tx.us
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

Método	Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) para pacientes con VIH de Texas – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	1-800-255-1090 entre las 8 a. m. y las 5 p. m. De lunes a viernes.
LLAME POR TTY	711 Este número exige un equipo telefónico especial y es exclusivo para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.
ESCRIBA	Texas HIV Medication Program ATTN: MSJA, MC 1873 Post Office Box 149347 Austin, Texas 78714-9347 Dirección de correo electrónico: hivstd@dshs.texas.gov
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es un organismo federal independiente que administra los programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si tiene preguntas acerca de sus beneficios a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con el organismo.

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

Método	Junta de jubilación para ferroviarios – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede comunicarse con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los días lunes, martes, jueves y viernes y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los días miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días feriado.
LLAME POR TTY	1-312-751-4701 Este número exige un equipo telefónico especial y es exclusivo para personas que tienen dificultades con la audición o el habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

CAPÍTULO 3

Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1	Cosas que debe saber sobre la obtención de atención médica y de otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan	50
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	50
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener la atención médica y otros que están servicios cubiertos por el plan.....	50
SECCIÓN 2	Uso de proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios	52
Sección 2.1	Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) que preste y supervise su atención.....	52
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede obtener sin contar con la aprobación previa de su PCP?	53
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y de otros proveedores de nuestra red.....	54
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores ajenos a nuestra red.....	55
SECCIÓN 3	Cómo obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, necesidad de atención urgente o durante una catástrofe	57
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	57
Sección 3.2	Cómo obtener la atención cuando necesita los servicios con urgencia.....	58
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante una catástrofe	59
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	60
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos	60
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?	60
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	61
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	61
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién se ocupa de pagar qué cosa?.....	62
SECCIÓN 6	Reglas para obtener atención cubierta en una “institución de cuidados de la salud no médica religiosa”	63
Sección 6.1	¿Qué es una institución de cuidados de la salud no médica religiosa?	63

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura **del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

Sección 6.2 ¿Qué institución de cuidados de la salud no médica religiosa está cubierta por nuestro plan? 63

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de los equipos médicos duraderos 64

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan? 64

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre la obtención de atención médica y de otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber acerca del uso del plan para obtener atención médica y otros servicios cubiertos. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que debe respetar para obtener los tratamientos médicos, los servicios y otros tipos de atención médica que están cubiertos por el plan.

Para conocer los detalles de la atención médica y los demás beneficios que están cubiertos por nuestro plan, utilice el cuadro de beneficios que aparece en el próximo capítulo: Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios, qué está cubierto y qué paga usted*).

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

Aquí tiene algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender cómo debe obtener la atención y los servicios que tiene cubiertos como miembro de nuestro plan:

- **“Proveedores”** son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para prestar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos de médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tengan un acuerdo con nosotros y acepten nuestro pago como el pago completo. Hemos coordinado que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le prestan. Cuando consulte a un proveedor de la red, no pagará nada para obtener los servicios cubiertos.
- **“Servicios cubiertos”** incluye toda la atención médica, los servicios de atención médica, los insumos y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios de atención médica cubiertos se enumeran en el cuadro de beneficios que aparece en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener la atención médica y otros que están servicios cubiertos por el plan
--

Como plan de salud de Medicare, Community Health Choice (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios de manera adicional a los cubiertos en virtud de Original Medicare y que se enumeran en el cuadro de beneficios que aparece en el Capítulo 4.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura **del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

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

- **La atención que reciba está incluida en el cuadro de beneficios** (este cuadro aparece en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesaria” implica los servicios, insumos o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con estándares de práctica médica aceptados.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de la red que preste y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - Las derivaciones de su PCP no son necesarias para acceder a la atención de emergencia o a los servicios de urgencia. También existen algunos otros tipos de atención que puede obtener sin contar con la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir la atención de un proveedor de nuestra red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *Aquí tiene tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y para ver qué significa atención de urgencia o servicios de emergencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden suministrar esta atención, podrá obtener esta atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener una autorización previa para procurar la atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios siempre y cuando reciba la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que obtenga en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Uso de proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) que preste y supervise su atención
--

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

- ¿Qué es un PCP?

Un Proveedor de atención primaria (PCP) es un médico de la red que usted selecciona para que lo atienda y para que coordine sus servicios cubiertos.

- ¿Qué tipos de proveedores pueden desempeñarse como PCP?

Los PCP son los médicos que se especializan en Medicina interna, Práctica familiar o Práctica general. Puede seleccionar un PCP entre las siguientes categorías:

- Médicos generalistas
- Médicos de familia
- Internistas
- Geriátricos
- Auxiliares médicos (PA, por sus siglas en inglés) (bajo la supervisión de un profesional con licencia)
- Enfermera especializada (NP, por sus siglas en inglés) (bajo la supervisión de un profesional con licencia)
- Especialista (en el caso de los miembros que tienen necesidades médicas o conductuales especiales)

- ¿Cuál es la función del PCP en Community Health Choice (HMO D-SNP)?

Los PCP prestan servicios de salud preventivos y son el punto de contacto inicial para acceder a la atención médica. El PCP estará bien informado acerca de su atención especializada y estará vinculado con recursos de la comunidad que puedan ayudar a respaldar sus necesidades de cuidado de la salud no relacionadas con la medicina.

- ¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

La relación con su PCP es importante porque el PCP es responsable de coordinar su atención médica y también es responsable de sus necesidades de atención médica de rutina. Es posible que desee solicitarle asistencia a su PCP cuando deba seleccionar un especialista de la red y deseará realizar un seguimiento con su PCP después de realizar cualquier visita al especialista. Es importante que desarrolle y mantenga una relación con su PCP.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura **del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

- ¿Cuál es la función del PCP en la obtención de la autorización previa?

Para solicitar la autorización apropiada, su PCP debe comunicarse con nosotros por teléfono, electrónicamente o por escrito. Su PCP debe llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación como miembro y solicitar una autorización previa.

¿Cómo elige a su PCP?

Debe seleccionar un PCP del Directorio de Proveedores en el momento en el cual realice su inscripción. No obstante, puede visitar a cualquier proveedor de la red que elija.

Para obtener una copia del Directorio de Proveedores más reciente o para obtener ayuda para seleccionar a un PCP, llame a Servicios para Miembros o visite www.communityhealthchoice.org/Medicare para obtener la información más actualizada acerca de los proveedores de nuestra red.

Si no selecciona un PCP en el momento en el cual realice la inscripción, es posible que elijamos uno para usted. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Consulte “Cambio de PCP” a continuación.

Cambio de PCP

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

Si quiere cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros. Si el PCP acepta miembros adicionales del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Recibirá una nueva tarjeta de identificación como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP) que muestre este cambio. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto.)

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

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

- Atención médica de rutina de la mujer, lo que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de los senos), exámenes de Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre y cuando los obtenga de un proveedor de nuestra red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la Hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de nuestra red.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura **del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

- Servicios de emergencia de proveedores de nuestra red o de proveedores ajenos a nuestra red.
- Servicios de urgencia de proveedores de nuestra red o de proveedores ajenos a nuestra red cuando los proveedores de nuestra red no se encuentran disponibles temporalmente o no es posible acceder a ellos, p. ej., cuando se encuentre transitoriamente fuera del área de servicio del plan.

Servicios de diálisis renal que obtenga en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan. (En caso de que sea posible, llame a Servicios para Miembros antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar su diálisis de mantenimiento mientras está lejos. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Aquí tiene algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes que tienen afecciones del corazón.
- Los traumatólogos atienden a pacientes que tienen determinadas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Community Health Choice (HMO D-SNP) no exige que tenga la remisión de su PCP para consultar a otro especialista dentro de la red.

Para obtener las autorizaciones previas para acceder a determinados servicios, su médico o proveedor debe comunicarse con nosotros por teléfono, electrónicamente o por escrito con el fin de solicitar la autorización apropiada. El médico o proveedor hará una copia de su tarjeta de identificación como miembro y utilizará el número de teléfono que aparece en esa tarjeta para verificar la elegibilidad para el beneficio y solicitar una autorización previa para que pueda acceder a los servicios, siempre que corresponda. Para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 de este folleto.

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

Podemos modificar los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el transcurso del año. Existe una variedad de motivos por

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura **del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

los cuales un proveedor podría abandonar el plan, pero si su médico o especialista abandona el plan, tendrá determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el transcurso del año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por proporcionarle un aviso con, al menos, 30 días de anticipación cuando su proveedor decida abandonar nuestro plan, para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo para que continúe gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está realizando no se interrumpa. Nosotros nos esforzaremos por garantizar que así sea.
- Si considera que no le proporcionamos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está gestionada correctamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista va a abandonar nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un proveedor nuevo y a gestionar su atención.

Para obtener asistencia, puede comunicarse con Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este folleto.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores ajenos a nuestra red

Si los servicios cubiertos no están disponibles a través de los médicos o de los proveedores participantes, usted o su médico pueden solicitar la autorización previa para acceder a los servicios cubiertos por parte de un médico u otro proveedor fuera de la red contratada. Las solicitudes de autorización previa se procesarán dentro del tiempo adecuado a sus necesidades o circunstancias de salud, pero sin superar los catorce (14) días calendario. Usted, su médico o su proveedor, en nombre suyo, tienen derecho a solicitar una decisión acelerada si la aplicación del plazo de procesamiento estándar podría poner en peligro su vida, su salud o su posibilidad de recuperar las funciones máximas. Si los servicios cubiertos se aprueban como se describe con anterioridad, solo será responsable de la parte del costo, si la hubiera, que habría pagado si hubiera podido obtener los servicios de la red de proveedores participantes de Community. Si recibe una factura del proveedor no participante, no la pague. Comuníquese con Servicios para Miembros al (833) 276-8306 (TTY 711) para obtener asistencia con la resolución de la factura del proveedor no participante.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura **del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

No todos los proveedores de atención médica que proporcionan servicios en hospitales de la red son proveedores participantes. Si los servicios son provistos por proveedores no participantes, entre los que se incluyen patólogos, anesthesiólogos, radiólogos y médicos de la sala de emergencias (médicos con base en el centro de salud) de un hospital participante, pagaremos por esos servicios a la tarifa usual y habitual o a una tarifa convenida. Si recibe una factura de un proveedor no participante, comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la contraportada de este folleto.

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

Usted debe verificar el estado de participación en la red de todos los proveedores antes de recibir servicios que no sean de emergencia. Usted debería verificar el estado de participación en la red solo con nosotros, llamando al número de teléfono de Servicios para Miembros que aparece en la contraportada de este folleto, en el reverso de su tarjeta de identificación como miembro o accediendo a nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare.

Los servicios fuera de la red se aprueban según resulte médicamente necesario cuando:

- Existe una emergencia;
- Los servicios se necesitan de manera urgente;
- Los miembros que requieren servicios de diálisis por ESRD viajaron fuera del área de servicio de Community Health Choice (HMO D-SNP) y no pueden acceder a proveedores de servicios para ESRD contratados;
- El servicio cubierto no está disponible por parte de un proveedor de nuestra red;
- El servicio está disponible por parte de un proveedor de nuestra red, pero la distancia o el cupo para citas no cumple con sus necesidades; o
- Necesita una segunda opinión del mismo especialista o de uno similar con respecto a un servicio, un tratamiento o un procedimiento cubierto, y todos los proveedores accesibles de nuestra red se encuentran en el mismo consultorio o grupo médico.

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

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

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

Se entiende que tiene una “**emergencia médica**” cuando usted, o cualquier otra persona común, prudente y con conocimientos promedio de salud y medicina considera que tiene síntomas médicos que exigen atención médica inmediata para evitar la pérdida de su vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeore con rapidez.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto que sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o diríjase a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Si lo necesita, pida una ambulancia. *No* necesita obtener primero la aprobación o la derivación de su PCP.
- **Asegúrese de informar a nuestro plan acerca de su emergencia lo más pronto posible.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, dentro de las 48 horas del momento en el cual se haya producido. Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros sin cargo al (833) 276-8306 o llame al número local (713) 295-5007 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada. Nuestro número de teléfono de Servicios para Miembros también aparece en el reverso de su tarjeta de identificación como miembro.

¿Qué cubrimos si tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuandoquiera que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o de sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en las situaciones en las cuales llegar de otra manera a la sala de emergencias podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios que aparece en el Capítulo 4 de este folleto.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura **del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le suministren la atención de emergencia para ayudar a gestionar su atención y a realizar un seguimiento de esta. Los médicos que le suministran la atención de emergencia decidirán en qué momento llegue a encontrarse estable y termine la emergencia médica.

Una vez que la emergencia haya terminado, tendrá derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que mantenga su estado estable. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento. Si su atención de emergencia es suministrada por proveedores ajenos a nuestra red, trataremos de gestionar que los proveedores de nuestra red se hagan cargo de su atención en cuanto su estado médico y las circunstancias lo permitan.

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

En ocasiones, puede ser difícil saber si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que se procure atención de emergencia pensando que su salud está en grave peligro, y que el médico le diga que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta que no se trataba de una emergencia, siempre y cuando usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

No obstante, una vez que el médico haya establecido que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe la atención adicional de una de estas dos formas:

- Si visita a un proveedor de nuestra red para obtener la atención adicional.
- - o - Si la atención adicional que recibe se considera como “servicios de urgencia” y respeta las reglas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo obtener la atención cuando necesita los servicios con urgencia
--------------------	--

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” implican enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas, que no representan una emergencia, pero que sí requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o por proveedores ajenos a la red cuando los proveedores de la red no se encuentren disponibles por el momento o cuando no sea posible acceder a ellos. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un recrudecimiento imprevisto de una afección conocida que tenga.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura **del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Siempre debe tratar de obtener los servicios de urgencia a través de los proveedores de nuestra red. No obstante, si los proveedores no están disponibles transitoriamente o si no es posible acceder a ellos y no resulta razonable que espere para obtener la atención de un proveedor de nuestra red cuando esta vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios de urgencia que obtenga de un proveedor ajeno a nuestra red. Consulte el *Directorio de Proveedores* para obtener una lista de los Centros de Atención Médica de Urgencia de nuestra red.

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Cuando esté fuera del área de servicio y no pueda obtener la atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios de urgencia ni ningún otro servicio si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3	Cómo obtener atención durante una catástrofe
--------------------	---

Si el Gobernador del estado donde vive, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declaran estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, de todas maneras, tendrá derecho a recibir la atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.communityhealthchoice.org/Medicare para obtener información sobre cómo acceder a la atención necesaria durante una catástrofe.

Por lo general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá que obtenga la atención de proveedores ajenos a la red con el mismo costo compartido que pagaría dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, quizás pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo completo de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Community Health Choice (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que se enumeran en el Cuadro de beneficios (este cuadro figura en el Capítulo 4 de este folleto) y que se obtienen en conformidad con las reglas del plan. Es responsable de pagar el costo completo de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan, porque se obtuvieron fuera de la red o porque no fueron autorizados.

Si tiene alguna pregunta acerca de si pagaremos algún servicio médico o alguna atención que esté considerando obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de obtenerlo. Usted también tiene derecho a solicitarnos esto por escrito. Si le decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) posee más información sobre lo que debe hacer si desea obtener una decisión de cobertura de nuestra parte o si desea apelar una decisión que ya tomamos. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, pagará el costo completo de cualquier servicio que obtenga después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, si su plan cubre un examen físico de rutina, por año y usted se realiza ese examen físico de rutina pero elige realizarse un segundo examen el mismo año, deberá pagar el costo completo del segundo examen físico de rutina. Cualquier monto que pague después de alcanzar el límite de beneficio no se contabilizará en relación con su monto máximo de gastos bolsillo anual. Antes de pagar el costo de un servicio, debe verificar si el servicio está cubierto por Medicaid. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información acerca del monto máximo de

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura **del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

gastos de bolsillo de su plan.) Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber qué cantidad de su límite de beneficio ya agotó.

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

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?
--

Un estudio de investigación clínica (también denominado como “ensayo clínico”) es una forma que tienen los médicos y los científicos de probar nuevos tipos de atención médica como, por ejemplo, cuán bien funciona un medicamento nuevo contra el cáncer. Prueban procedimientos de atención médica o medicamentos nuevos mediante la solicitud de voluntarios que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si un enfoque nuevo funciona y resulta seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos para los miembros de nuestro plan. Es necesario que Medicare apruebe primero el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* haya aprobado, *será responsable de pagar todos los costos que genere su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Podrá participar en el estudio siempre y cuando cumpla con los requisitos de este y además comprenda y acepte por completo lo que involucra su participación.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede mantenerse inscrito en nuestro plan y continuar obteniendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le suministran la atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este H9826_BD_10052_101119_C

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura **del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

folleto) para informarles que participará en un ensayo clínico y averiguar más detalles específicos acerca de lo que pagará su plan.

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién se ocupa de pagar qué cosa?

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

- Habitación y comida por una internación hospitalaria que Medicare pagaría incluso si no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la atención nueva.

Original Medicare pagará la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Como ocurre con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que obtenga en el estudio de investigación clínica.

Para que nosotros paguemos nuestra parte del costo, deberá presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Notificaciones resumidas de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información acerca del envío de solicitudes de pago.

Cuando forme parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que prueba el estudio a menos que Medicare hubiera cubierto el artículo o el servicio incluso si usted *no* estaría participando en un estudio.
- Los artículos o servicios que el estudio le suministre a usted o a cualquier participante de manera gratuita
- Los artículos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se utilizan en la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computadas (CT, por sus siglas en inglés) que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente exigiría solo una CT.

¿Quiere obtener más información?

Puede obtener más información sobre la incorporación a un estudio de investigación clínica al leer la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica” en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención cubierta en una “institución de cuidados de la salud no médica religiosa”

Sección 6.1	¿Qué es una institución de cuidados de la salud no médica religiosa?
--------------------	---

Una institución de cuidados de la salud no médica religiosa es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro especializado de enfermería. Si recibir atención en un hospital o en un centro especializado de enfermería va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en cambio proporcionaremos cobertura para que la atención se brinde en una institución de cuidados de la salud no médica religiosa. Puede elegir procurarse atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona únicamente para los servicios de internación de la Parte A (servicios de cuidados de la salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de cuidados de la salud no médicos prestados por instituciones de cuidados de la salud no médicas religiosas.

Sección 6.2	¿Qué institución de cuidados de la salud no médica religiosa está cubierta por nuestro plan?
--------------------	---

Para obtener atención de una institución de cuidados de la salud no médica religiosa, debe firmar un documento legal que indica que se opone a consciencia a recibir tratamiento médico que sea “no exceptuado”.

- El tratamiento o la atención médicos “no exceptuados” incluyen a cualquier tratamiento o atención médicos que sea *voluntario* y *no obligatorio* en virtud de cualquier ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o el tratamiento médicos que obtiene que *no* es voluntario o que *es obligatorio* en virtud de la ley federal, estatal o local.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura **del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

Para que esté cubierta por nuestro plan, la atención que obtenga de una institución de cuidados de la salud no médica religiosa debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que proporcione la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que reciba por parte de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios que esta institución que se le proporcionen en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de hospitalización o de un centro especializado de enfermería.
 - – **y** – Debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser internado en el centro o no cubriremos su internación.

Tiene cobertura de internación hospitalaria sin límite de días, siempre y cuando su internación cumpla con las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en la sección de Servicios de hospitalización que aparece en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de los equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Será propietario del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?
--------------------	---

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos y suministros para pacientes que requieren oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones motorizados, muletas, insumos para diabéticos, dispositivos de generación del habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias pedidas por un proveedor para el uso en el hogar. El miembro siempre será el propietario de determinados artículos, como las prótesis. En esta sección, hablamos sobre otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME pasan a ser propietarios de los equipos después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP), la propiedad del artículo considerado como DME se le transferirá después de que hayan transcurrido 10 meses. Una vez que haya realizado todos los pagos equivalentes al precio de compra, adquirirá la propiedad del artículo considerado como DME. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para averiguar qué artículos considerados como DME alquilados pueden pasar a su propiedad eventualmente, los requisitos que debe cumplir y la documentación que

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura **del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**

tendrá que suministrar. (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto.)

¿Qué sucederá con los pagos que hizo por los equipos médicos duraderos si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad del artículo considerado como DME mientras se encontraba en nuestro plan, deberá hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiar a Original Medicare para obtener la propiedad del artículo. Los pagos que haya realizado en nuestro plan no se contabilizarán para alcanzar estos 13 pagos consecutivos.

Si hizo menos de 13 pagos por el artículo considerado como DME en virtud de Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco se contabilizarán para alcanzar los 13 pagos consecutivos. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de regresar a Original Medicare para obtener la propiedad del artículo. No se harán excepciones en este caso cuando regrese a Original Medicare.

CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios
(qué está cubierto)*

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

SECCIÓN 1	Cómo interpretar los servicios cubiertos.....	68
Sección 1.1	Usted no debe pagar nada por los servicios que tiene cubiertos	68
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?.....	68
SECCIÓN 2	Cómo utilizar el <i>Cuadro de beneficios</i> para averiguar qué es lo que tiene cubierto	69
Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan	69
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Community Health Choice (HMO D-SNP)?	1085
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por Community Health Choice (HMO D-SNP) ...	1085
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por Medicare?.....	11007
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por Medicare (exclusiones de Medicare) <i>O</i> Medicaid.....	11007

SECCIÓN 1 Cómo interpretar los servicios cubiertos

Este capítulo se concentra en qué servicios están cubiertos. Incluye un Cuadro de beneficios que enumera los servicios que tiene cubiertos como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP). Más adelante en el capítulo, podrá encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites que tienen determinados servicios.

Sección 1.1 Usted no debe pagar nada por los servicios que tiene cubiertos
--

Como obtiene asistencia de Medicaid, usted no debe pagar nada por los servicios que tiene cubiertos, siempre y cuando respete las reglas del plan para acceder a la atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para acceder a la atención.)

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

Nota: Como nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de gastos de bolsillo. Usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos.

Como está inscripto en un plan Medicare Advantage, existe un límite para el monto que tiene que pagar de bolsillo cada año por los servicios médicos que tiene cubiertos en virtud de nuestro plan (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina como el monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios médicos.

Como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP), el monto máximo que tendrá que pagar como gasto de bolsillo para los servicios en 2020 es de \$6,700. Los montos que paga por los servicios cubiertos se contabilizan para alcanzar este monto máximo de gastos de bolsillo. (Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no se contabilizan para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo.) Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de \$6,700, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos. No obstante, deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que su prima de la Parte B la pague Medicaid o un tercero en su nombre).

SECCIÓN 2 Cómo utilizar el *Cuadro de beneficios* para averiguar qué es lo que tiene cubierto

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan
--

El Cuadro de beneficios que aparece en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Community Health Choice (HMO D-SNP). Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser suministrados de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención y los servicios médicos, los insumos y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” implica los servicios, insumos o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con estándares de práctica médica aceptados.
- Recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de proveedores ajenos a la red no estará cubierta. El Capítulo 3 ofrece más información sobre los requisitos para usar los proveedores de la red y las situaciones en las cuales cubriremos los servicios de un proveedor ajeno a la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) que preste y supervise su atención.
- Algunos de los servicios que se enumeran en el Cuadro de beneficios están cubiertos *únicamente* si su médico u otro proveedor obtiene la aprobación anticipada (en ocasiones denominada “autorización previa”) de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren aprobación anticipada están marcados en el Cuadro de beneficios.

Otras cosas importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su costo compartido por los servicios de Medicare. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como la atención de largo plazo y los servicios comunitarios.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2020*. Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

- En el caso de todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- En ocasiones, Medicare añade la cobertura de servicios en virtud de Original Medicare durante el transcurso del año. Si Medicare añade la cobertura de algún servicio durante 2020, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de tres meses considerado como de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Los montos de costo compartido de Medicare por los beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este período.

No pagará nada por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura que se describen con anterioridad.

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

Cuadro de beneficios

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Chequeo para la detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un ultrasonido de chequeo para la detección por única vez para las personas que están en riesgo. El plan solo cubre este chequeo para la detección si tiene determinados factores de riesgo y, si obtiene una derivación del médico, el auxiliar médico, el profesional de enfermería o el especialista en enfermería clínica.</p>	<p>Los miembros elegibles para este chequeo para la detección preventiva no deben pagar ningún coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, de ala giratoria y terrestres, hasta el centro adecuado más cercano que pueda suministrarle atención, solo si se prestan a un miembro cuyo estado de salud es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si el plan lo autoriza.• El transporte en ambulancia sin que se trate de una emergencia es adecuado si se documenta que el estado del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y si dicho transporte en ambulancia es médicamente necesario. <p><i>NOTA: Se requiere autorización previa del plan para acceder al transporte en ambulancia sin que se trate de una emergencia.</i></p>	<p>0% de coseguro</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado sobre la base de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede ocurrir dentro de los 12 meses de la realización de su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. No obstante, no es necesario que haya realizado una visita de “Bienvenida a Medicare” para acceder a la cobertura de las visitas anuales de bienestar una vez que haya tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a la visita anual de bienestar.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (por lo general, esto significa las personas que están en riesgo de perder masa ósea o que están en riesgo de padecer osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si resultan médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Chequeo para la detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de chequeo para la detección cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años de edad. • Exámenes mamarios clínicos una vez cada 24 meses. 	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a las mamografías de chequeo para la detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones y cuentan con el pedido del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensivos que son típicamente más rigurosos e intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p><i>NOTA: Es necesario contar con la autorización previa.</i></p>	<p>0% de coseguro</p>
<p> Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, es probable que su médico le hable acerca del consumo de aspirina (si corresponde), controle su presión arterial y le brinde consejos para asegurarse de que se esté alimentando de manera saludable.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder al beneficio de tratamiento conductual intensivo para la prevención de la enfermedad cardiovascular.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Análisis para la detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un mayor riesgo de ser diagnosticado con una enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a los análisis para la detección de enfermedades cardiovasculares cubiertos una vez cada 5 años.</p>
<p> Chequeo para la detección de cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses• Si tiene alto riesgo de obtener un diagnóstico de cáncer de cuello uterino o vaginal; o si está en edad fértil y tuvo una prueba de Papanicolaou con resultado anormal durante los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a los exámenes de Papanicolaou y pélvico cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación.	<p>0% de coseguro</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Chequeo para la detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas mayores de 50 años están cubiertos los siguientes exámenes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección, como alternativa) cada 48 meses. <p>Una de las siguientes opciones cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prueba de sangre oculta en heces con guayacol (gFOBT, por sus siglas en inglés)• Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) <p>Chequeo para la detección colorrectal a base de ADN, cada 3 años</p> <p>Para las personas que tienen alto riesgo de recibir un diagnóstico de cáncer colorrectal, nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de chequeo para la detección (o enema de bario de chequeo para la detección, como alternativa) cada 24 meses. <p>Para las personas que no tienen alto riesgo de recibir un diagnóstico de cáncer colorrectal, nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de chequeo para la detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de la realización de una sigmoidoscopia de chequeo.	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder al examen de chequeo de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Nuestro plan cubre:</p> <p>Rutina (Preventiva):</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes orales: 1 cada seis meses• Profilaxis (Limpieza): 1 cada seis meses• Radiografías dentales: 1 visita anual <p>Integral:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios no rutinarios• Servicios de diagnóstico• Servicios de restauración• Periodoncia• Extracciones <p>Tiene una asignación de beneficio de \$1,000 para servicios dentales (preventivos e integrales combinados) cada año</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Chequeo para la detección de la depresión</p> <p>Cubrimos un chequeo para la detección de la depresión por año. El chequeo para la detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento o derivaciones.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a una visita anual para realizar el chequeo para la detección de la depresión.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Chequeo para la detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos este chequeo para la detección (que incluye análisis de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial elevada (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar (glucosa) en la sangre elevada. También es posible que se cubran los análisis si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso e historial familiar de diabetes.</p> <p>Sobre la base de los resultados de estas pruebas, es posible que sea elegible para acceder a un máximo de dos análisis de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a los análisis para la detección de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p> Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes, servicios e insumos para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tengan diabetes (ya sea que utilicen insulina o no lo hagan). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Insumos para monitorear el nivel de glucosa en sangre: Monitor de la glucosa en sangre, tiras de prueba para el control de la glucosa en sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras de prueba y los monitores. Llame a Servicios para Miembros si desea verificar que una marca o un fabricante en particular estén cubiertos.• Para las personas que tienen diabetes y también enfermedad del pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos moldeados de manera personalizada (incluidas las plantillas que se suministran con dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales, o un par de zapatos con profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se suministran con dichos zapatos). La cobertura incluye los ajustes que sean necesarios.• La capacitación sobre el autocontrol de la diabetes se cubre bajo determinadas condiciones. <p><i>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa.</i></p>	<p>0% de coseguro</p>

Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados

(Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este folleto.)

0% de coseguro

Los artículos cubiertos incluyen, entre otras cosas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, insumos para diabéticos, camas hospitalarias pedidas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos de generación del habla, equipos para quienes requieren oxígeno, nebulizadores y andadores.

Con este documento de Evidencia de Cobertura, le enviamos una lista de los DME de Community Health Choice (HMO D-SNP). La lista le indica las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. Incluimos una copia de nuestro directorio de proveedores de DME en el sobre junto a este folleto. La lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare.

Por lo general, Community Health Choice (HMO D-SNP) cubre cualquiera de los DME que están cubiertos por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que aparecen en esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes, a menos que, su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. No obstante, si es nuevo en Community Health Choice (HMO D-SNP) y está utilizando una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos cubriendo esa marca para usted durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después del plazo de 90 días. (Si está en desacuerdo con su médico, puede solicitarle una derivación para obtener una segunda opinión.)

Si usted (o su proveedor) está en desacuerdo con la decisión de cobertura del plan, cualquiera de los dos puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).)

Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación)

NOTA: Se exige que obtenga la autorización previa para:

- *Elementos que pueden superar los \$500 (compra o alquiler)*
- *Insumos para diabéticos o de otro tipo que superen la cantidad necesaria para 30 días*
- *Implantes cocleares, máquinas de ventilación por presión positiva continua, máquinas de movimiento pasivo continuo*
- *Aparatos ortopédicos personalizados, cascos de moldeado craneal, sillas de ruedas personalizadas o motorizadas*
- *Nutrientes envasados*

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministrados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Se entiende que tiene una “emergencia médica” cuando usted, o cualquier otra persona común, prudente y con conocimientos promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que exigen atención médica inmediata para evitar la pérdida de su vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeore con rapidez.</p> <p>El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios suministrados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios suministrados dentro de la red.</p> <p><i>La atención de emergencia solo se cubre dentro de los Estados Unidos.</i></p> <p><i>NOTA: Se exige obtener autorización previa para acceder a los servicios posteriores a la estabilización fuera de la red.</i></p>	<p>0% de coseguro</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita hospitalización una vez que se logró estabilizar su afección de emergencia, deberá regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de la audición y el equilibrio de diagnóstico suministradas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando son realizadas por médicos, audiólogos u otros proveedores calificados. Los audífonos se cubren una vez cada dos años. Nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes auditivos de rutina: 1 por año • Asignación de beneficio de \$1,500 para audífonos, con ambos oídos combinados, cada dos años 	<p>\$0 de copago</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Chequeo para la detección de VIH</p> <p>Para las personas que soliciten una prueba para la detección del VIH o que estén en mayor riesgo de contraer una infección por VIH, nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres que estén embarazadas, nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres exámenes de detección durante cada embarazo.	<p>Los miembros elegibles para el examen para la detección del VIH preventivo cubierto por Medicare no deben pagar ningún coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Atención de una agencia de servicios de salud a domicilio</p> <p>Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita los servicios de salud a domicilio y el plan ordenará que los servicios de salud a domicilio le sean prestados por una agencia de servicios de salud a domicilio. Debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir del hogar le representa un esfuerzo considerable.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente y servicios de asistencia médica a domicilio. (Para estar cubierto en virtud del beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y servicios de asistencia médica a domicilio combinados no deben superar un total de 8 horas por día y 35 horas por semana.)• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.• Servicios médicos y sociales.• Equipos y suministros médicos. <p><i>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a estos servicios.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado de hospicio</p> <p>Puede recibir atención de un programa de hospicio certificado por Medicare. Será elegible para acceder al beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses de vida o menos, si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor ajeno a la red. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor• Atención de relevo a corto plazo• Atención a domicilio <p><u>Para los servicios de hospicio, los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y los que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de hospicio relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor del hospicio le facturará a Original Medicare los servicios que pague Original Medicare.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Original Medicare paga los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no Community Health Choice (HMO D-SNP).</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado de hospicio (continuación)</p> <p><u>Para los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare por un motivo que no representa ni una emergencia ni una urgencia, y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si usa un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor ajeno a la red, pagará el costo compartido en virtud de la tarifa por servicio de Medicare (Original Medicare). <p><u>En el caso de los servicios que están cubiertos por Community Health Choice (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare:</u> Community Health Choice (HMO D-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por las Partes A o B independientemente de que estén relacionados con su pronóstico terminal. Pagará el monto de costo compartido de su plan cuando acceda a estos servicios.</p> <p><u>En el caso de los medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos no están nunca cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare</i>)</p> <p>Nota: Si necesita atención no proporcionada por el hospicio (es decir, atención que no esté relacionada con su pronóstico terminal), deberá comunicarse con nosotros para organizar los servicios.</p>	

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía.• Vacunas contra la gripe, cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas adicionales si resulta médicamente necesario.• Vacuna contra la Hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B.• Otras vacunas si está en riesgo y las vacunas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p><i>NOTA: Es posible que requiera una autorización previa del plan para todos los medicamentos de la Parte B.</i></p>	<p>Las vacunas contra la neumonía, la gripe y la Hepatitis B no tienen coseguros, copagos ni deducibles.</p>
<p>Servicios de hospitalización</p> <p>Incluye servicios de hospitalización agudos, por rehabilitación, a largo plazo y de otro tipo. Los servicios de hospitalización comienzan el día en que se interna formalmente en el hospital con una orden del médico. El día anterior a que reciba el alta será su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitación semiprivada (o habitación privada si resulta médicamente necesario).• Comidas, incluida cualquier dieta especial.• Servicios de enfermería habituales.• Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios).• Fármacos y medicamentos.• Pruebas de laboratorio.• Radiografías y otros servicios radiológicos.• Insumos médicos y quirúrgicos necesarios.• Uso de dispositivos, como sillas de ruedas.• Costos del quirófano y la sala de recuperación.• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.• Servicios por problemas de consumo de sustancias para pacientes internados.	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a los servicios enumerados.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• En determinadas condiciones, se cubren ciertos tipos de trasplantes: de córneas, riñón, renopancreático, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/vísceras múltiples. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para acceder a un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir utilizar los proveedores de trasplante locales, siempre y cuando estos acepten la tarifa de Original Medicare. Si Community Health Choice (HMO D-SNP) proporciona servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige obtener el trasplante en esta ubicación distante, organizaremos o pagaremos los costos adecuados del alojamiento y el transporte tanto para usted como para un acompañante.• Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de eritrocitos comienza recién con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga por año calendario, o bien, donar la sangre o pedirle a alguien más que done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se utilice.• Servicios médicos. <p>Nota: Para que se interne, su proveedor debe redactar un pedido de hospitalización formal. Incluso si permanece en el hospital durante una noche, es posible que aún se lo considere como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si se lo considera como paciente hospitalizado o ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>Servicios de hospitalización (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare que se denomina “¿Usted es un</p>	<p>Si obtiene atención autorizada como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su afección de emergencia, deberá pagar el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa.</i></p>	
<p>Cuidado de salud mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de salud mental que exigen internación hospitalaria. Existe un límite de por vida de 190 días para los servicios de internación en hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no corresponde a los servicios de salud mental suministrados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. <p><i>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a los servicios enumerados.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Internación: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación no cubierta</p> <p>Si agotó sus beneficios de internación o si la internación no es razonable y necesaria, no cubriremos su internación. No obstante, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras está en el hospital o el centro de enfermería especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios médicos.• Pruebas de diagnóstico (como los análisis de laboratorio).• Radiografías, tratamiento con radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios de los técnicos.• Vendajes quirúrgicos.• Férulas, yesos y otros servicios utilizados para reducir fracturas y dislocaciones.• Prótesis y órtesis (distintas a las dentales) que reemplazan la totalidad o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo en falla o insuficiencia permanente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos.• Tensores y armazones para piernas, brazos, espalda y cuello; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente.• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. <p><i>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa.</i></p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a los servicios enumerados.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Beneficios cubiertos por Medicaid</p> <p><i>Consulte la sección “Resumen de beneficios cubiertos de Medicaid” en el Resumen de beneficios de Community Health Choice (HMO D-SNP) para obtener una lista de los beneficios cubiertos tanto por Medicare como por Texas Medicaid, o de los beneficios cubiertos únicamente por Texas Medicaid.</i></p> <p><i>Los servicios adicionales que están cubiertos únicamente por Texas Medicaid también se analizan en la Sección 3.1 de este capítulo.</i></p>	<p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no deben realizarse diálisis), o después de un trasplante de riñón cuando lo indique el médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas por año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, quizás pueda recibir más horas de tratamiento con una indicación médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden anualmente si necesitará tratamiento durante el siguiente año calendario.</p> <p><i>NOTA: Se requiere autorización previa para los servicios de asesoramiento nutricional.</i></p>	<p>Los miembros elegibles para los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare no deben pagar ningún coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) están cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamientos de salud que proporciona capacitación práctica para el cambio dietario a largo plazo, el aumento de la actividad física y las actividades de resolución de problemas para superar desafíos con el objetivo de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder al beneficio del MDPP.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos en virtud de la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que habitualmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria.• Medicamentos que recibe mediante el uso de equipos médicos duraderos (como los nebulizadores) y que fueron autorizados por el plan.• Factores de coagulación que se inyecta, si tiene hemofilia.• Medicamentos inmunosupresores, si estuvo inscripto en la Parte A de Medicare al momento de recibir el trasplante de órganos.• Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si está confinado a su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifique como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.• Antígenos• Determinados medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas.• Determinados medicamentos para la diálisis a domicilio, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando resulte médicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa).• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento a domicilio de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria. <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe respetar para acceder a la cobertura de sus medicamentos recetados. En el Capítulo 6 se explica lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p> <p><i>NOTA: Es posible que requiera una autorización previa del plan para todos los medicamentos de la Parte B.</i></p>	<p>0 % de coseguro por cada medicamento de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de la obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubriremos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o practicante de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a los servicios preventivos de detección de la obesidad y tratamiento para la pérdida de peso.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento por opioides</p> <p>Los servicios de tratamiento de trastornos por el uso de opioides están cubiertos en virtud de la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas opioides aprobados por la FDA, además del suministro y la administración de dichos medicamentos, siempre que correspondan.• Asesoramiento acerca del consumo de sustancias.• Terapia individual y grupal.• Análisis toxicológico.	<p>0% de coseguro</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios e insumos terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías.• Radioterapia (con radio e isótopos), incluidos los materiales y servicios de los técnicos.• Insumos quirúrgicos, como vendajes.• férulas, yesos y otros servicios utilizados para reducir fracturas y dislocaciones.• Análisis de laboratorio.• Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de eritrocitos comienza recién con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga por año calendario, o bien, donar la sangre o pedirle a alguien más que done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se utilice.• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. <p><i>NOTA: Se exige que obtenga la autorización previa del plan para acceder a los servicios para pacientes ambulatorios dentro de la red.</i></p>	<p>0 % de coseguro por cada procedimiento y prueba de diagnóstico y terapéutico cubierto por Medicare.</p> <p>0 % de coseguro por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se ofrecen para determinar si necesita ser internado o si puede recibir el alta.</p> <p>Para que cubramos los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, estos deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse tanto razonables como necesarios. Los servicios de observación se cubren únicamente cuando son prestados conforme a la orden de un médico, u otro individuo autorizado por la ley de autorización estatal y los reglamentos del personal del hospital para internar pacientes allí, o solicitar pruebas a pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para internarlo como paciente hospitalizado, será un paciente ambulatorio y pagará los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante una noche, es posible que aún se lo considere como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si se lo considera como paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare que se denomina “¿Usted es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa.</i></p>	<p>0 % de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que obtenga en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como los servicios de observación o la cirugía para pacientes ambulatorios.• Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital.• Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que requeriría tratamiento de internación si no la recibiera.• Servicios de radiografía y otros servicios de radiología facturados por el hospital.• Suministros médicos como férulas y yesos.• Determinados medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse solo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para internarlo como paciente hospitalizado, será un paciente ambulatorio y pagará los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante una noche, es posible que aún se lo considere como “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si se lo considera como paciente ambulatorio, debe consultar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare que se denomina “¿Usted es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa.</i></p>	<p>0 % de coseguro por cada servicio e insumo médico</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o un médico, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero con práctica médica, un auxiliar médico autorizado por el estado u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare y, según lo permitido en virtud de las leyes estatales vigentes.</p>	<p>0 % de coseguro por cada sesión de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p> <p><i>NOTA: Se exige que obtenga la autorización previa del plan en el entorno de pacientes ambulatorios para realizar la evaluación inicial y las nuevas evaluaciones.</i></p>	<p>\$ 0 de coseguro para cada visita de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Tratamiento y asesoramiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p> <p><i>NOTA: Se exige que obtenga la autorización previa para:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Programa de hospitalización parcial (PHP, por sus siglas en inglés).</i>• <i>Programa intensivo para pacientes ambulatorios (IOP, por sus siglas en inglés).</i>• <i>Tratamiento psiquiátrico diurno.</i>• <i>Pruebas psicológicas.</i>• <i>Pruebas neuropsicológicas.</i>• <i>Transferencias entre centros.</i>• <i>Terapia electroconvulsiva (ECT, por sus siglas en inglés).</i>• <i>Visitas de psicoterapia para pacientes ambulatorios que superen las 30 visitas en un año calendario por cualquier proveedor en cualquier entorno.</i>• <i>Terapia de análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés).</i>• <i>Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios (excepto cuando se proporcione en un centro de SUD).</i>	<p>0 % de coseguro por cada sesión de terapia individual y grupal cubierta por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si va a someterse a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si se lo considerará como paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para internarlo como paciente hospitalizado, será un paciente ambulatorio y pagará los montos de costo compartido correspondientes a la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante una noche, es posible que aún se lo considere como “paciente ambulatorio”.</p> <p><i>NOTA: Se exige que obtenga la autorización previa del plan para acceder a los servicios para pacientes ambulatorios dentro de la red.</i></p>	<p>0 % de coseguro para cada beneficio cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y representa una alternativa a la hospitalización como paciente internado.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa.</i></p>	<p>0% de coseguro para los servicios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios proporcionados por médicos/practicantes, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento hospitalario ambulatorio u otro lugar.• Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista.• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un especialista, si su médico los solicita para ver si necesita tratamiento médico.• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la ESRD para miembros que reciben diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal hospitalario u hospitalario de acceso crítico, una institución de diálisis renal o el hogar del miembro.• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular agudo.	<p>0 % de coseguro para las visitas al consultorio.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios proporcionados por médicos/practicantes, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Consultas virtuales breves (por ejemplo, por teléfono o por conversación de video) de 5 a 10 minutos con el médico; <u>si</u> es un paciente establecido <u>y</u> las consultas virtuales no están relacionadas con una visita al consultorio dentro de los 7 días anteriores ni provocan una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o la cita más próxima que haya disponible.• Evaluación remota de video pregrabado o imágenes que envíe a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico en las 24 horas posteriores; <u>si</u> es un paciente establecido <u>y</u> la evaluación remota no está relacionada con una visita al consultorio dentro de los 7 días anteriores ni provocan una visita al consultorio en las 24 horas siguientes o la cita más próxima que haya disponible.• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o evaluación de registro de salud electrónico; <u>si</u> es un paciente establecido.• Segunda opinión por parte de otro proveedor de la red antes de una cirugía.• Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, la fijación de fracturas de la mandíbula y los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por cáncer neoplásico o los servicios que estarían cubiertos cuando fueran proporcionados por un médico).	
<p>Servicios de podiatras</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o los espolones calcáneos).• Cuidado de rutina de los pies para miembros que tengan determinadas afecciones médicas que afecten las extremidades inferiores. <p><i>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa.</i></p>	<p>0 % de coseguro para cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o entorno hogareño.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Exámenes para la detección del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen rectal digital.• Prueba del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para la prueba anual del PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos e insumos relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean los dentales) que reemplazan la totalidad o un fragmento de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otras cosas: bolsas de colostomía e insumos relacionados directamente con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados insumos relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos. También incluye parte de la cobertura posterior a la eliminación de las cataratas o la cirugía de cataratas; consulte “Cuidado de la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa.</i></p>	<p>0 % de coseguro por cada prótesis u órtesis cubierta por Medicare, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos e insumos relacionados.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave (COPD, por sus siglas en inglés) y cuentan con una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa.</i></p>	<p>0 % de coseguro para cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos un servicio de detección de uso indebido de alcohol para los adultos que tienen Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que tengan un uso indebido del alcohol, pero no dependan de este.</p> <p>Si obtiene un resultado positivo en la detección de uso indebido del alcohol, puede acceder a un máximo de 4 breves sesiones de asesoramiento presencial por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) que serán proporcionadas por un médico o practicante de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder al beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el uso indebido del alcohol.</p>
<p> Detección del cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés)</p> <p>Para los individuos calificados, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 55 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de haber fumado tabaco, al menos 30 paquetes por año, y que actualmente siguen fumando o dejaron de hacerlo en los últimos 15 años, y reciben una orden escrita para realizarse una LDCT durante una visita de chequeo para la detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y puede ser suministrada por un médico o practicante no médico calificado.</p> <p><i>Para acceder a chequeos para detección de cáncer de pulmón por LDCT después del chequeo para la detección por LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para realizarse un chequeo para detección de cáncer de pulmón por LDCT, la cual puede ser suministrada durante cualquier visita adecuada a un médico o practicante no médico calificado. Si un médico o practicante no médico calificado elige suministrar una visita de asesoramiento sobre el chequeo para la detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida para realizar detecciones subsiguientes del cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.</p>	<p>No debe pagarse ningún coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Cheque para la detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenir las STI</p> <p>Cubrimos los exámenes de chequeo para la detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) para clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para las mujeres embarazadas y para determinadas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una STI cuando las pruebas son pedidas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos un máximo de 2 sesiones presenciales de asesoramiento conductual, de alta intensidad, de 20 a 30 minutos por año para los adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de contraer STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si son suministradas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder al beneficio preventivo de detección de STI y asesoramiento acerca de las STI cubierto por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su atención. Para los miembros que tengan enfermedad renal crónica en etapa IV cuando sean derivados por sus médicos, cubriremos un máximo de seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida.• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3).• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es hospitalizado como paciente internado para recibir atención especial).• Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis a domicilio).• Equipos e insumos para diálisis a domicilio.• Determinados servicios de apoyo a domicilio (como, cuando resulte necesario, las visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis a domicilio, colaborar en situaciones de emergencia y controlar tanto el equipo de diálisis como el suministro de agua). <p>Determinados medicamentos necesarios para la diálisis están cubiertos en virtud de su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección: “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p> <p><i>NOTA: Se requiere autorización previa para los servicios de asesoramiento nutricional.</i></p>	<p>0 % de coseguro para los beneficios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de un centro de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de “atención de un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada en ocasiones se denominan “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si resulta médicamente necesario). • Comidas, incluida cualquier dieta especial. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que naturalmente estén presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea.) • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de eritrocitos comienza recién con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga por año calendario, o bien, donar la sangre o pedirle a alguien más que done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se utilice. • Insumos médicos y quirúrgicos habitualmente suministrados por los SNF. • Análisis de laboratorio habitualmente suministrados por los SNF. • Servicios de radiografía y otros servicios de radiología habitualmente suministrados por los SNF. • Uso de aparatos como sillas de ruedas, habitualmente suministrados por los SNF. • Servicios de médicos/practicantes. <p>Por lo general, obtendrá la atención de los SNF en instituciones dentro de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se enumeran a continuación, quizás pueda obtener la atención de un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad jubilatoria de atención continua donde hubiera estado viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando suministre la atención de un centro /de enfermería especializada). • Un SNF en el cual viva su cónyuge cuando usted salga del hospital. 	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Tiene hasta 100 días cubiertos en cada período de beneficios por servicios de internación en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare.</p> <p>Un período de beneficios comenzará el primer día en el cual ingrese a un hospital o centro de enfermería especializada cubierto por Medicare como paciente internado. El período de beneficios terminará cuando no haya estado internado en ningún hospital o SNF durante 60 días corridos. Si va al hospital (o al SNF) después de que haya terminado un período de beneficios, comenzará un período de beneficios nuevo. La cantidad de períodos de beneficios que puede tener no tiene límite.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento con esos fines)</p> <p><u>Si consume tabaco pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubriremos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses, como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.</p> <p><u>Si consume tabaco y ha recibido el diagnóstico de una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que pueden resultar afectados por el consumo de tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubriremos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido que corresponda. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a los beneficios preventivos de asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>La terapia de ejercicio supervisada (SET, por sus siglas en inglés) está cubierta para miembros que tengan síntomas de la enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) y cuenten con una derivación para SET del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Si se cumple con los requisitos del programa de SET, se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Constar de sesiones que duren de 30 a 60 minutos y incluyan un programa de ejercicios y entrenamiento terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación.• Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico.• Ser ofrecido por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los perjuicios y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD.• Estar bajo la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un enfermero con práctica médica/especialista en enfermería clínica que esté capacitado de manera obligatoria en técnicas de mantenimiento vital tanto básicas como avanzadas. <p>La SET puede cubrirse durante más de 36 sesiones distribuidas dentro de 12 semanas para poder obtener 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor de atención médica lo considera como médicamente necesario.</p> <p><i>NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa.</i></p>	<p>0 % de coseguro para cada visita de terapia de ejercicio supervisada (SET) cubierta por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Transporte (rutina adicional)</p> <p>Nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none">• 20 viajes unidireccionales cada año a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan.• Puede utilizar:<ul style="list-style-type: none">○ Taxi○ Autobús/subterráneo○ Camioneta○ Transporte médico <p>NOTA: Es necesario contar con la autorización previa. Comuníquese con Servicios para Miembros al número que aparece en la portada exterior de este folleto para solicitar transporte.</p> <p>Nota: Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se suministran para tratar enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas, que no representan una emergencia, pero que sí requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o por proveedores ajenos a la red cuando los proveedores de la red no se encuentren disponibles por el momento o cuando no sea posible acceder a ellos.</p> <p>El costo compartido para los servicios de urgencia suministrados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios suministrados dentro de la red.</p>	<p>0 % de coseguro por cada visita.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oculares) para indicar anteojos/lentes de contacto. • En el caso de las personas que tengan alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos un examen para la detección del glaucoma cada año.. Entre las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma se incluyen: personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, personas que tienen diabetes, Afroamericanos mayores de 50 años e hispanoamericanos mayores de 65 años. • Para las personas que tienen diabetes, el examen de detección de la retinopatía diabética se cubre una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones aparte por cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía.) No se cubre ninguna mejora (incluidas entre otras cosas, los marcos de lujo, la polarización, los lentes progresivos o el recubrimiento antirreflectante). <p>Cuidado de rutina de la vista</p> <p>Nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 examen ocular de rutina cada año • Una asignación de \$150 cada año para: <ul style="list-style-type: none"> - Lentes de contacto; o - Antejos (cristales y marcos). 	<p>0 % de coseguro para cada examen cubierto por Medicare.</p> <p>0 % de coseguro por el cheque para la detección del glaucoma cubiertos por Medicare.</p> <p>0 % de coseguro por los exámenes oculares cubiertos por Medicare para evaluar enfermedades oculares.</p> <p>0 % de coseguro para un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de la cirugía por cataratas.</p> <p>\$0 de copago por los servicios de rutina de la vista.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. Esta visita incluye una revisión de su salud, como también educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita (incluidos determinados exámenes de detección y vacunas) y derivaciones para otros cuidados, si fueran necesarios.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” únicamente dentro de los primeros 12 meses de que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, infórmele al consultorio del médico que desea programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>No debe pagar ningún coseguro, copago ni deducible para acceder a la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>

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

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

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

SERVICIOS DE EXENCIÓN COMUNITARIOS Y EN EL HOGAR	
<p>Quienes cumplan con los requisitos de QMB y también cumplan con los criterios financieros para acceder a la cobertura completa de Medicaid, pueden ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid que no están cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de exención de Medicaid. Los servicios de exención se limitan a los individuos que cumplan con determinados criterios de elegibilidad adicionales para la exención de Medicaid.</p>	
<p>Exención de los servicios de apoyo y asistencia para vivir en la comunidad (CLASS, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Puede encontrar información sobre los servicios y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de los Servicios Humanos y de Salud de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/community-living-assistance-support-services-class.</p>
<p>Exención para sordos y ciegos con múltiples discapacidades (DBMD, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Puede encontrar información sobre los servicios y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de los Servicios Humanos y de Salud de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd.</p>

SERVICIOS DE EXENCIÓN COMUNITARIOS Y EN EL HOGAR	
Exención de los servicios del hogar y la comunidad (HCS, por sus siglas en inglés).	Puede encontrar información sobre los servicios y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de los Servicios Humanos y de Salud de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/home-community-based-services-hcs .
Programa para niños con dependencia médica (MDCP, por sus siglas en inglés).	Puede encontrar información sobre los servicios y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de los Servicios Humanos y de Salud de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp .
Programa STAR+PLUS (gestionado conforme a la exención del programa de transformación de la atención médica y mejora de la calidad de Texas).	Los programas incluyen lo siguiente: Cuidado sustituto para adultos, vivienda asistida, terapia de rehabilitación cognitiva, servicios de administración financiera, comidas a domicilio, pequeñas modificaciones a domicilio y asesoría para recibir apoyo. Puede encontrar información sobre los servicios y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de los Servicios Humanos y de Salud de Texas. https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/programs/starplus .
Exención doméstica de Texas (Texas Home Living Waiver, TxHmL).	Puede encontrar información sobre los servicios y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de los Servicios Humanos y de Salud de Texas. https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml .
Dispositivos de comunicación auxiliar (También conocido como sistema con dispositivo de comunicación aumentativa (ACD, por sus siglas en inglés)).	Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
Hospicio	Medicaid paga por este servicio en el caso de ciertos miembros con exención si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid. Nota: Cuando los clientes adultos eligen servicios de cuidados de hospicio, renuncian a sus derechos de recibir todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos de recibir servicios de Medicaid que no estén relacionados con su enfermedad terminal.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por Medicare?

Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por Medicare (exclusiones de Medicare) O Medicaid
--------------------	--

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” por Medicare. El hecho de que estén excluidos significa que Medicare no cubre estos servicios.

El siguiente cuadro describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare en virtud de ninguna condición o que están cubiertos por Medicare solo en condiciones específicas.

Medicare no pagará los servicios médicos excluidos enumerados en el cuadro a continuación excepto bajo las condiciones específicas que se indican. La única excepción es la siguiente: pagaremos si un servicio del siguiente cuadro resulta, luego de una apelación, ser un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este folleto.)

Todas las exclusiones o limitaciones sobre los servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en el siguiente cuadro.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en virtud de ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
Servicios considerados como no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en virtud de ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinaron que no están aceptados de manera general por la comunidad médica.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Puede estar cubierto por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica.)</p>
<p>Habitación privada en un hospital.</p>		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se cubre solo cuando resulta médicamente necesaria.</p>
<p>Elementos personales en la habitación del hospital o el centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.</p>	✓	
<p>Atención de enfermería a tiempo completo a domicilio.</p>	✓	
<p>*El cuidado de custodia es el cuidado suministrado en un hogar de ancianos, hospicio u otro entorno de institución cuando no requiere atención médica especializada ni atención de enfermería especializada.</p>	✓	
<p>Servicios domésticos incluyen la asistencia básica a domicilio, incluidas las tareas domésticas livianas o la preparación de alimentos liviana.</p>	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en virtud de ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
Tarifas cobradas por la atención por parte de sus familiares inmediatos o de miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubre en casos de lesiones accidentales o para la mejora del funcionamiento de un miembro corporal mal formado. • Se cubre para todas las etapas de reconstrucción mamaria después de una mastectomía, como también para lograr que el seno no afectado tenga un aspecto simétrico.
Atención dental no rutinaria.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede cubrirse como atención de paciente internado o ambulatorio.</p>
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Está cubierta la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</p>
Cuidado de rutina de los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se proporciona alguna cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare, p. ej., si tiene diabetes.</p>

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto en virtud de ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
Calzado ortopédico		✓ Si el calzado forma parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluye en el costo de este, o si el calzado es para una persona que tiene la enfermedad del pie diabético.
Dispositivos de soporte para los pies.		✓ Calzado ortopédico o terapéutico para personas que tienen la enfermedad del pie diabético.
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros auxiliares para la visión reducida.		✓ Se cubre un examen ocular y un par de anteojos (o lentes de contacto) para las personas después de la cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización o insumos anticonceptivos no recetados.	✓	
Acupuntura	✓	
Servicios de naturópatas (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	✓	

*El cuidado de custodia es un tipo de cuidado que no exige la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con actividades de la vida diaria, como tomar un baño o vestirse.

CAPÍTULO 5

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

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	1174
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D	1174
Sección 1.2	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan	1185
SECCIÓN 2	Surtir sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan.....	1196
Sección 2.1	Para obtener la cobertura de sus recetas, utilice una farmacia de la red ...	1196
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red.....	1196
Sección 2.3	Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan.....	12017
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?...	12118
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?.....	122
SECCIÓN 3	Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de medicamentos” del plan	1230
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos	1230
Sección 3.2	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico se encuentra en la Lista de medicamentos?	1241
SECCIÓN 4	Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos	125
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	1252
Sección 4.2	¿Qué clases de restricciones?	1252
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones aplican a sus medicamentos?	1263
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si alguno de sus medicamentos no tiene la cobertura que desea tener?	1274
Sección 5.1	Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que desea tener	1274
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamento o está restringido de alguna manera?	1274
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	13027
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	13027
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que toma?.....	13027

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no están cubiertos</i> por el plan?	1330
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	1330
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de afiliación al plan cuando surta recetas..	1341
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de afiliación	1341
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de afiliación?.....	1341
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	1352
Sección 9.1	¿Qué sucede si se encuentra internado en un hospital o centro de enfermería especializado que está cubierto por el plan?	1352
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?.....	1352
Sección 9.3	¿Qué sucede si se encuentra en hospicio certificado por Medicare?	1363
SECCIÓN 10	Programas sobre manejo y seguridad de medicamentos	1363
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar medicamentos de forma segura.....	1363
Sección 10.2	Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides	1374
Sección 10.3	Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos	1385

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D



¿Cómo puede obtener información sobre sus gastos de medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para recibir la “Ayuda Adicional” de Medicare a fin de pagar sus gastos del plan de medicamentos recetados. Debido a que usted se encuentra en el programa “Ayuda Adicional”, **es posible que no toda la información en esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos para medicamentos recetados de la Parte D se aplique a usted.*** Le enviamos un encarte separado llamado “Anexo de Evidencia de Cobertura para personas que obtienen Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio para bajos ingresos” o “Anexo LIS”) que le informa acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios para Miembros y pregunte sobre el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D
--------------------	--

Este capítulo **explica las reglas de uso de su cobertura para medicamentos de la Parte D.** El próximo capítulo le indica lo que usted paga por sus medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, Community Health Choice (HMO D-SNP) también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre medicamentos que recibe durante internaciones cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, incluidos ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que recibe durante visitas y medicamentos que recibe en centros de diálisis. El Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga usted*) le informa sobre los beneficios y costos de medicamentos durante una internación en un centro de enfermería especializado o un hospital cubierto, así como sus beneficios y gastos de medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre medicamentos y servicios de las Partes A, B y D de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal y enfermedades relacionadas y, por lo tanto, no estén cubiertos conforme al beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*Qué sucede si se encuentra en hospicio certificado por Medicare*). Para obtener información

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

sobre la cobertura de hospicio, consulte la sección de hospicio del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga usted*).

En las siguientes secciones, se analiza la cobertura de sus medicamentos conforme a las reglas de beneficios de la Parte D del plan. En la Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* se incluye más información acerca de su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos conforme a sus beneficios de Medicaid. Si desea conocer más acerca de la cobertura de medicamentos recetados conforme a sus beneficios de Medicaid, puede contactarse con su plan de salud STAR+PLUS (Medicaid) o con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Medicaid de Texas incluidos en el Capítulo 2 del presente folleto. Su plan de salud STAR+PLUS (Medicaid) o la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Medicaid de Texas también pueden brindarle una Lista de medicamentos de Medicaid para averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

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

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que cumpla con estas reglas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional de la salud) que le entregue su receta.
- Su profesional de la salud debe aceptar Medicare o presentar documentación con CMS que demuestre que está capacitado para entregar recetas, o su reclamación de la Parte D será denegada. En la próxima visita o llamada, debe consultar a sus profesionales de la salud si cumplen con esta condición. De lo contrario, tenga presente que a su profesional de la salud le llevará tiempo entregar la documentación necesaria para procesar.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surtir sus recetas en una farmacia de la red* o a través del servicio de pedido por correo del plan).
- Su medicamento debe encontrarse en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” representa el uso de un medicamento autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surtir sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para obtener la cobertura de sus recetas, utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información acerca de cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que posee un contrato con el plan para suministrar sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” representa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

¿Cómo se encuentra una farmacia de la red en su área?

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

Puede visitar cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita una renovación de un medicamento que ha estado tomando, puede pedirle al profesional de la salud que le entregue una nueva receta o pedir que transfieran su receta a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si su farmacia abandona la red?

Si su farmacia abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que se encuentre en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o utilizar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare.

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

¿Qué sucede si necesito una farmacia especializada?

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministren medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministren medicamentos para residentes de centros de cuidado a largo plazo (LTC). Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo (como los hogares de ancianos) tienen su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos garantizar que pueda recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que suele ser la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene algún problema para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con Servicios para Miembros.
- Farmacias que sirvan al Programa de Salud Urbano para Indígenas/Tribal/Servicios de Salud Indígena (no disponibles en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los indígenas americanos o los nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensen medicamentos restringidos por la FDA en determinadas ubicaciones o que requieran una manipulación especial, una coordinación del proveedor o información sobre su uso. (Nota: este supuesto sucede pocas veces).

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

Sección 2.3	Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan
--------------------	--

Para determinadas clases de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se suministran a través del pedido por correo son medicamentos que usted toma regularmente para una enfermedad crónica o de tratamiento a largo plazo.

Nuestro servicio de pedido por correo del plan le permite solicitar hasta un suministro para 90 días.

Para obtener los formularios de envío e información sobre el surtido de recetas por correo, póngase en contacto con nuestro departamento de Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (TTY 711).

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Por lo general, recibirá su pedido de farmacia por correo antes de los 14 días. Si su pedido se retrasa, póngase en contacto con nuestro departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda. Lo ayudaremos a obtener la receta que necesite.

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

Después de recibir una receta por parte de un proveedor de atención médica, la farmacia se contactará con usted para saber si desea surtir la medicación de inmediato o más tarde. Esto le brinda la oportunidad de verificar que la farmacia envíe el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, de ser necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que el medicamento se facture y envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se contacte con usted a fin de hacerles saber qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Renovaciones de recetas con pedido por correo. Si necesita una renovación, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se acaben sus medicamentos disponibles a fin de garantizar que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Asegúrese de indicarle a la farmacia cómo contactarse con usted para que puedan confirmar su pedido antes del envío. Llame a su farmacia para confirmar su información de contacto.

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

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado un “suministro extendido”) de medicamentos “de mantenimiento” en nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma regularmente para enfermedades crónicas o de tratamiento a largo plazo). Puede solicitar este suministro a través de un pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede visitar una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias* le indica las farmacias de nuestra red que pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Nuestro servicio de pedido por correo del plan le permite solicitar hasta un suministro para 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?**Su receta puede estar cubierta en determinadas situaciones**

En general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no pueda utilizar una farmacia de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red, a continuación, enumeramos las circunstancias en las cuales podríamos cubrir recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener a tiempo un medicamento cubierto en nuestra área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red dentro de una distancia razonable de manejo que brinde servicio las 24 horas.
- Si intenta surtir un medicamento recetado que no suele estar disponible en una farmacia accesible con pedido por correo o minorista de la red (incluidos los medicamentos únicos y de alto costo).
- Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del Plan, y se enferma o se acaban sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si usted cumple con todas las otras reglas de cobertura identificadas en el presente documento y el Formulario, y no hay ninguna farmacia de la red disponible.
- Durante cualquier declaración federal de desastre u otra declaración de emergencia de salud pública donde los afiliados de la Parte D sean evacuados o desplazados de su lugar de residencia y no pueda esperarse razonablemente que obtengan medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red. Además, en circunstancias en las cuales no estén disponibles los canales de distribución convencionales.

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

¿Cómo solicita un reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo total en lugar de la parte normal del costo en el momento de surtir su receta. Puede solicitarnos que realicemos un reembolso por nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2.1 se explica cómo solicitar al plan la devolución del pago).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos necesitan estar en la “Lista de medicamentos” del plan

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica los medicamentos de la Parte D que están cubiertos
--

El plan cuenta con una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, la llamamos “**Lista de medicamentos**” para abreviar.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (al inicio de este capítulo, en la Sección 1.1 se explican los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos conforme a sus beneficios de Medicaid.

Si desea conocer más acerca de la cobertura de medicamentos recetados conforme a sus beneficios de Medicaid, puede contactarse con su plan de salud STAR+PLUS (Medicaid) o con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Medicaid de Texas (Medicaid) incluidos en el Capítulo 2 del presente folleto. Su plan de salud STAR+PLUS (Medicaid) o la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Medicaid de Texas también pueden brindarle una Lista de medicamentos de Medicaid para averiguar qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que cumpla con las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y si el uso del medicamento constituye una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” representa el uso de un medicamento:

- Autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Es decir, si la Administración de Alimentos y Medicamentos aprueba el medicamento para el diagnóstico o la enfermedad para los cuales se receta).
- o Respaldo por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son el Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano (American Hospital Formulary Service Drug Information); el Sistema de Información DRUGDEX (DRUGDEX Information System); y, para casos de cáncer, la Red Nacional Integral del Cáncer (National Comprehensive Cancer Network) y Farmacología clínica (Clinical Pharmacology) o sus sucesores).

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos

Los medicamentos genéricos son medicamentos recetados que poseen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan igual de bien que los medicamentos de marca y suelen costar menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos para varios medicamentos de marca.

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir determinados medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.
- Los medicamentos cubiertos por Medicaid no están incluidos en esta Lista de medicamentos del plan. Si Community Health Choice (HMO D-SNP) no cubre algún medicamento específico, consulte su Lista de medicamentos de Medicaid para saber si el medicamento está cubierto.

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

Puede averiguarlo de las siguientes 3 maneras:

1. Consulte la última Lista de medicamentos que le enviamos por correo. (Para tener en cuenta: La Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si alguno de sus medicamentos no se encuentra en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o contáctese con Servicios para Miembros para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.communityhealthchoice.org/Medicare). La Lista de medicamentos que se encuentra en el sitio web está siempre actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento especial está en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan cubre determinados medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a utilizar medicamentos de la manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos totales de medicamentos y, de esta manera, mantienen asequible su cobertura de medicamentos.

En general, nuestras reglas lo motivan a conseguir un medicamento que funcione para su enfermedad, y sea seguro y efectivo. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien en términos médicos que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para fomentar que usted y su proveedor utilicen la opción de menor costo. También debemos cumplir con las normas y reglamentos de Medicare sobre gastos compartidos y cobertura de medicamentos.

Si hay alguna restricción en su medicamento, en general, significa que usted o su proveedor deberán realizar pasos adicionales para cubrir el medicamento. Si desea que desestimemos la restricción por usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que se realice una excepción. Podemos acceder o no a desestimar la restricción por usted. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre las solicitudes de excepciones).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a las diversas restricciones o gastos compartidos que pueden aplicarse según factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimidos frente a líquidos).

Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar medicamentos de la manera más efectiva. En las secciones a continuación se informa más acerca de los tipos de restricciones que aplicamos para determinados medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando existe disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay disponible**

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le ofrecen la versión genérica. Por lo general, no cubrimos un medicamento de marca si la versión genérica está disponible. Sin embargo, si su proveedor nos informa la razón médica por la cual el medicamento genérico no funciona en usted O escribe “Sin sustitutos” en su receta para un medicamento de marca, entonces cubriremos dicho medicamento. (Es posible que su parte del costo sea mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Cómo obtener la aprobación anticipada del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesita obtener la aprobación del plan antes de que acordemos cubrir el medicamento por usted. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces, el requisito para obtener la aprobación anticipada contribuye a orientar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, puede que el plan no cubra su medicamento.

Prueba inicial de un medicamento diferente

Este requisito lo motiva a probar medicamentos de menor costo, pero igual de efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma enfermedad y el Medicamento A es menos costoso, el plan puede pedirle que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito para probar primero un medicamento diferente se denomina “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, restringimos la cantidad que puede obtener limitando la dosis que recibe cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de determinado medicamento, es posible que limitemos la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones aplican a sus medicamentos?
--------------------	---

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

Si hay alguna restricción en su medicamento, en general, significa que usted o su proveedor deberán realizar pasos adicionales para cubrir el medicamento. Si hay alguna restricción en el medicamento que desea tomar, póngase en contacto con

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

Servicios para Miembros para saber qué necesita hacer usted o su proveedor a fin de obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que desestimemos la restricción por usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que se realice una excepción. Podemos acceder o no a desestimar la restricción por usted. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre las solicitudes de excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si alguno de sus medicamentos no tiene la cobertura que desea tener?

Sección 5.1 Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que desea tener

Esperamos que su cobertura de medicamentos se adapte bien a sus necesidades. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que esté tomando actualmente o que usted o su proveedor crea que debería tomar y no se encuentre en nuestro formulario o se encuentre en él, pero con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no tener ningún tipo de cobertura. O tal vez la versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en la cobertura de dicho medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, antes de cubrir el medicamento que desea tomar es posible que se le solicite probar primero un medicamento diferente a fin de observar si funciona. O puede limitarse la cantidad del medicamento (número de pastillas, etc.) que se cubre durante un período determinado. En algunos casos, puede pedirnos que desestimemos la restricción por usted.

Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que desea tener:

- Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o está restringido, consulte en la Sección 5.2 para descubrir qué puede hacer.

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

Si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o está restringido, puede hacer lo siguiente:

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros que se encuentren en determinadas situaciones puede obtener un suministro temporal). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar de medicamento o enviar una solicitud para obtener la cobertura del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o elimine sus restricciones.

Puede obtener un suministro temporal.

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si su medicamento no se encuentra en la Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera. Esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

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

1. El cambio de su cobertura de medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que toma **ya no se encuentra en la Lista de medicamentos**
- o el medicamento que toma **está restringido de alguna manera** (En la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

2. Debe encontrarse en una de las siguientes situaciones:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o estuvieron en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación al plan si es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo en el plan el año pasado.**

Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta indica menos días, permitiremos el suministro de múltiples surtidos hasta un máximo de 30 días de medicación. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el malgasto).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días, residen en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

Cubriremos un suministro para *31 días* de un medicamento específico o para menos días si así lo indica su receta. Esto se añade a la situación anterior de suministro temporal.

- **Para aquellos miembros actuales con cambios en el nivel de cuidado:**

Es posible que se produzcan cambios imprevistos como altas de hospital o cambios en el nivel de cuidado mientras esté afiliado como miembro en nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no está en la Lista de medicamentos o tiene limitaciones para obtener medicamentos, debe utilizar el proceso de excepción del plan. Puede solicitar por única vez un suministro temporal de, al menos 30 días, a fin de concederle tiempo para analizar un tratamiento alternativo con su médico o para solicitar una excepción de lista de medicamentos (formulario). Si su médico indica menos días en su receta, podrá realizar una renovación del medicamento hasta que haya recibido un suministro de al menos 30 días.

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

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se acabe. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción por usted y cubra su medicamento actual. En las secciones a continuación se informa más acerca de estas opciones.

Puede cambiar de medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez exista un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros y pedir una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción por usted y cubra el medicamento de la manera en que desee. Si su proveedor nos informa que usted tiene razones médicas que justifican el pedido de excepción, su proveedor podrá ayudarlo a solicitar dicha excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en el Capítulo 9, Sección 7.4 se indica cómo hacerlo. Allí se explican los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje con rapidez e imparcialidad.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se produce al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, el plan puede realizar cambios en la Lista de medicamentos durante el año. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Se dispone de nuevos medicamentos, inclusive nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno ha autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O podemos eliminar un medicamento de la lista porque se descubrió su ineficacia.
- **Añadir o eliminar una restricción de cobertura para un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones de cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

En caso de que se produzcan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicaremos la información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. Actualizaremos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea para incluir cualquier cambio que se haya producido después de la última actualización. A continuación, indicamos cuándo recibirá avisos directos en caso de que se produzcan cambios en un medicamento que esté tomando. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de gastos compartidos o añadimos nuevas restricciones en el medicamento de marca)**
 - Es posible que retiremos de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento que aparezca en el mismo o menor nivel de gastos compartidos y con las mismas o menores restricciones. Además, al añadir el nuevo medicamento genérico, podemos decidir que el medicamento de marca permanezca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a un nivel mayor de gastos compartidos o añadir nuevas restricciones.
 - Es posible que no le informemos con antelación antes de realizar dicho cambio, incluso si actualmente toma el medicamento de marca.
 - Usted o su profesional de la salud puede pedirnos que hagamos una excepción y continuemos con la cobertura del medicamento de marca por usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer en caso de quejas o problemas (quejas, apelaciones, decisiones de cobertura)*).
 - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos que realizamos. Esto también incluye información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción a fin de cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos peligrosos y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - De vez en cuando, es posible que un medicamento se retire repentinamente del mercado porque se descubrió que era peligroso o por otra razón. Si esto sucede, lo eliminaremos de inmediato de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le informaremos sobre este cambio de inmediato.
 - Su profesional de la salud también estará al tanto de este cambio y trabajará con usted para encontrar otro medicamento para su enfermedad.

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

- **Otros cambios en medicamentos de la Lista de medicamentos**

- Una vez que el año haya comenzado, es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca, cambiar el nivel de gastos compartidos o añadir nuevas restricciones en el medicamento de marca. También podríamos realizar cambios según los recuadros de advertencia de la FDA o las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle sobre el cambio con, al menos, 30 días de anticipación o avisarle sobre el cambio y entregarle una renovación de 30 días de su medicamento para retirar en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso sobre el cambio, debe trabajar con su profesional de la salud para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- O usted o su profesional de la salud puede pedirnos que hagamos una excepción y continuemos con la cobertura del medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer en caso de quejas o problemas (quejas, apelaciones, decisiones de cobertura)*).

Cambios en medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectan a las personas que actualmente toman el medicamento: Para los cambios en la Lista de medicamentos no descritos anteriormente, si está tomando el medicamento no se verá afectado por los siguientes tipos de cambios hasta el 1 de enero del próximo año si sigue en el plan:

- Si aplicamos una nueva restricción en el uso de su medicamento
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos

Si alguno de estos cambios se produce en un medicamento que usted toma (pero no debido al retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento genérico por uno de marca u otra modificación antes mencionada en las secciones); entonces, el cambio no afectará su uso o lo que paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año que viene. Hasta esa fecha, es probable que no observe ningún aumento en sus pagos o ninguna nueva restricción en el uso de su medicamento. Este año, no recibirá ningún aviso directo sobre cambios que no lo afecten. Sin embargo, a partir del 1 de enero del próximo año, estos cambios comenzarán a afectarlo y es importante que consulte la Lista de medicamentos del año nuevo por cualquier cambio en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se explican los tipos de medicamentos recetados “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

No pagaremos los medicamentos que estén enumerados en esta sección. La única excepción es la siguiente: Si se determina mediante apelación que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 de este folleto). Si el medicamento excluido de nuestro plan también se excluye de Medicaid, deberá pagarlo usted mismo.

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

- Nuestra cobertura de medicamentos de la Parte D del plan no puede cubrir ningún medicamento cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir ningún medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir usos fuera de prospecto. El “uso fuera de prospecto” constituye cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en su etiqueta autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - En general, la cobertura para “uso fuera de prospecto” solo se permite cuando el uso está respaldado por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son el Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano (American Hospital Formulary Service Drug Information); el Sistema de Información DRUGDEX (DRUGDEX Information System); y, para casos de cáncer, la Red Nacional Integral del Cáncer (National Comprehensive Cancer Network) y la Farmacología clínica (Clinical Pharmacology) o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso fuera de prospecto”.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, es posible que algunos de estos medicamentos estén cubiertos para usted conforme a su cobertura de medicamentos de Medicaid, como se indica a continuación. Si desea conocer más acerca de la

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

cobertura de medicamentos recetados conforme a sus beneficios de Medicaid, puede contactarse con su plan de salud STAR+PLUS (Medicaid) o con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Medicaid de Texas incluidos en el Capítulo 2 del presente folleto.

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para aumentar la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la gripe y la tos
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para aumentar el crecimiento del cabello
- Productos minerales y vitaminas recetadas, excepto preparados con fluoruro y vitaminas prenatales
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Medicamentos ambulatorios para los cuales el fabricante exige como condición de venta que se adquieran servicios de control o pruebas relacionadas exclusivamente del fabricante

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de afiliación al plan cuando surta recetas

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de afiliación
--

Para surtir sus recetas, muestre su tarjeta de afiliación al plan en la farmacia de la red que desee. Al mostrar su tarjeta de afiliación al plan, la farmacia de la red envía automáticamente la factura al plan por nuestra parte de los costos de su medicamento con receta cubierto. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire sus medicamentos.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de afiliación?

Si no lleva consigo su tarjeta de afiliación al plan cuando surte sus recetas, solicite en la farmacia que llamen al plan para obtener la información necesaria.

Si en la farmacia no pueden obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo completo de los medicamentos cuando los retire.** (Luego podrá **solicitarnos que le realizamos un reembolso** por nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar al plan un reembolso).

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

Sección 9.1	¿Qué sucede si se encuentra internado en un hospital o centro de enfermería especializado que está cubierto por el plan?
--------------------	---

Si se encuentra internado en un hospital o centro de enfermería especializado que está cubierto por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializado, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que cumplan con nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección donde se mencionan las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)?
--------------------	---

Por lo general, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo es parte de nuestra red. De no serlo, o si necesita más información, póngase en contacto con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si reside en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) y se afilia por primera vez como miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación. El suministro total será para un máximo de 30 días o para menos días si así lo indica su receta. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el malgasto). Si usted lleva más de 90 días afiliado al plan y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, o si el plan aplica alguna restricción en la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días o para menos días si así lo indica su receta.

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

Cuando obtenga un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se acabe. Tal vez exista un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción por usted y cubra el medicamento de la manera en que desee. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en el Capítulo 9, Sección 7.4 se indica cómo hacerlo.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra en hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos no están nunca cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está afiliado al hospicio de Medicare y necesita un analgésico, laxante, ansiolítico o medicamento contra las náuseas que no esté cubierto por su hospicio debido a que no está relacionado con su enfermedad terminal y enfermedades asociadas, nuestro plan deberá recibir una notificación por parte del profesional de la salud o su proveedor de hospicio en la cual se indique que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan debería cubrir, puede pedirle a su proveedor de hospicio o profesional de la salud que se asegure de enviarnos la notificación sobre el medicamento no relacionado antes de que usted surta su receta en una farmacia.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o reciba el alta del hospicio, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en farmacias al finalizar su beneficio de hospicio de Medicare, usted debe presentar la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección donde se mencionan las reglas para obtener cobertura de medicamentos conforme a la Parte D. El Capítulo 6 (*Cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre manejo y seguridad de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar medicamentos de forma segura

Llevamos a cabo revisiones de uso de medicamentos para nuestros miembros a fin de garantizar que obtengan un cuidado adecuado y seguro. Estas revisiones son de especial importancia para los miembros que tienen más de un proveedor que le receta sus medicamentos.

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

Cada vez que surte una receta, realizamos una revisión. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como los siguientes:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma enfermedad
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su edad o sexo
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían presentar un riesgo para usted si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades peligrosas de analgésicos opiáceos

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

Sección 10.2	Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides
---------------------	---

Contamos con un programa para garantizar que nuestros miembros utilicen de forma segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene por varios médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso es adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que corre riesgo de mal uso o abuso de sus medicamentos opioides, es posible que limitemos la manera en que obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitar que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides de una farmacia
- Solicitar que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides de un médico
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides que cubrimos para usted

Si decidimos que deben aplicarse una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explique los términos de las limitaciones que creemos que deberían aplicarse en su caso. Usted también tendrá la

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar. Si cree que nos equivocamos o no está de acuerdo con nuestra resolución de que corre riesgo de abuso de medicamentos recetados o con la limitación, usted y su profesional de la salud tienen derecho a solicitar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no aplique en su caso si padece de determinadas enfermedades, como cáncer, si recibe cuidados terminales, paliativos o de hospicio, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos
---------------------	--

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias enfermedades, toman distintos medicamentos al mismo tiempo y tienen costos altos de medicamentos.

Es un programa voluntario y gratuito para los miembros que desarrolló un equipo de farmacéuticos y médicos. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para distintas enfermedades pueden obtener servicios a través del programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta charla. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera. También cuenta con un espacio para que tome notas o escriba cualquier pregunta complementaria. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que está tomando y el motivo.

Es una buena idea realizar su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar” de manera que pueda hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve consigo su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencia.

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

CAPÍTULO 6

*Cuánto paga usted por sus
medicamentos recetados
de la Parte D*

Capítulo 6. Cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	14239
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos	14239
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos	1430
SECCIÓN 2	El dinero que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento	1430
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP)?.....	1430
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	1441
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de los Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”).....	1441
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos	1452
SECCIÓN 4	No hay ningún deducible para Community Health Choice (HMO D-SNP)	1463
Sección 4.1	Usted no paga ningún deducible por sus medicamentos de la Parte D	1463
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte de sus costos por medicamentos y usted paga su parte	1463
Sección 5.1	El dinero que paga por un medicamento depende del medicamento y dónde surte su receta	1463
Sección 5.2	Tabla que muestra sus costos por suministros para <i>un mes</i> de un medicamento	1474
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para el mes entero	1485
Sección 5.4	Tabla que muestra sus costos por suministros a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento	1496
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen \$6,350	15047
Sección 5.6	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para medicamentos recetados	15148

SECCIÓN 6	No hay ningún intervalo de cobertura para Community Health Choice (HMO D-SNP).....	1530
Sección 6.1	Usted no tiene ningún intervalo de cobertura para sus medicamentos de la Parte D.	1530
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos	1530
Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año	1530
SECCIÓN 8	El dinero que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe	1541
Sección 8.1	Es posible que nuestro plan tenga una cobertura aparte para el medicamento de la vacuna de la Parte D y para los costos de aplicación de la vacuna	1541
Sección 8.2	Le sugerimos llamarnos a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna.....	1552



¿Cómo puede obtener información sobre sus gastos de medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, reúne los requisitos para recibir la “Ayuda Adicional” de Medicare a fin de pagar sus gastos del plan de medicamentos recetados. Debido a que usted se encuentra en el programa “Ayuda Adicional”, **es posible que no toda la información en esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos para medicamentos recetados de la Parte D se aplique a usted.*** Hemos incluido un encarte separado llamado “Anexo de Evidencia de Cobertura para personas que obtienen Ayuda Adicional para pagar medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio para bajos ingresos” o “Anexo LIS”) que le informa acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios para Miembros y pregunte sobre el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos
--------------------	---

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

Para comprender la información de pago que ofrecemos en este capítulo, es necesario que conozca la información básica sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene la cobertura de sus medicamentos. A continuación, presentamos los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.*** Para simplificar, la llamamos la “Lista de medicamentos”.
 - La Lista de medicamentos indica cuáles son los medicamentos que están cubiertos para usted.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare. La Lista

Capítulo 6. Cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D

de medicamentos que se encuentra en el sitio web está siempre actualizada.

- **El Capítulo 5 del presente folleto.** El Capítulo 5 brinda detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluyendo las reglas que necesita seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica los tipos de medicamentos recetados que no están cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados (consulte el Capítulo 5 para obtener detalles). El *Directorio de Farmacias* cuenta con una lista de farmacias en la red del plan. También indica cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (como el surtido de una receta para un suministro de tres meses).

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

Para comprender la información de pago que ofrecemos en este capítulo, es necesario que sepa sobre los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina “gastos compartidos” y hay tres maneras en las que se le podría pedir que pague.

- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El “**copago**” significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta.
- El “**coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

SECCIÓN 2 El dinero que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

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

Como se muestra en la siguiente tabla, existen “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare conforme a Community Health Choice (HMO D-SNP). El dinero que paga por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre al momento del surtido o renovación de la receta.

Capítulo 6. Cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 1 <i>Etapa de deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa de intervalo de cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura catastrófica</i>
<p>Esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo).</p>	<p>Comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Se mantiene en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” (sus pagos) hasta la fecha alcancen \$6,350</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Debido a que no existe ningún intervalo de cobertura para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020).</p> <p>(Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo).</p>

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de los Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que realiza en el surtido o renovación de sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos saber cuándo pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que llevamos registro:

- Llevamos registro de lo que usted ya ha pagado. Esto se denomina su gasto **“de bolsillo”**.
- Llevamos registro de sus **“costos totales de medicamentos”**. Esta es la cantidad que usted paga de bolsillo u otros pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

Capítulo 6. Cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado *Explicación de los Beneficios de la Parte D* (suele llamarse la “EOB de la Parte D”) cuando usted haya surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. Incluye los siguientes datos:

- **Información de ese mes** Este informe brinda los detalles de pago sobre las recetas surtidas durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, el pago realizado por el plan, y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se denomina la información “hasta la fecha”. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde el comienzo del año.

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

Utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias para controlar sus costos y pagos de medicamentos. A continuación, se indica cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de afiliación cuando surta recetas.** Cada vez que surta una receta, muestra su tarjeta de afiliación al plan para garantizar que sepamos sobre las recetas que usted surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** En ocasiones, es posible que usted deba pagar por medicamentos recetados cuando no recibamos automáticamente la información necesaria para llevar registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacerlo, puede enviarnos copias de los recibos por medicamentos adquiridos. (Si se le envía una factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo por el medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). A continuación, se presentan algunos tipos de situaciones en las que debería enviarnos copias de sus recibos por medicamentos a fin de asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte de nuestro beneficio del plan.
 - Cuando realiza un copago por medicamentos que se proveen conforme al programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Siempre que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas realizan por usted.** Los pagos realizados por otros individuos y organizaciones determinadas

Capítulo 6. Cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D

también se tienen en cuenta para sus gastos de bolsillo y ayudan a calificar para cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos que realizan el programa estatal de asistencia farmacéutica, el programa de asistencia con medicamentos contra el SIDA (ADAP), los Servicios de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se tienen en cuenta para sus gastos de bolsillo. Debe llevar registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos registrar sus costos.

- **Revise el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de los Beneficios de la Parte D* (una EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta información en el informe o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son documentos importantes de sus gastos por medicamentos.

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

Sección 4.1	Usted no paga ningún deducible por sus medicamentos de la Parte D
--------------------	--

No hay ningún deducible para Community Health Choice (HMO D-SNP). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte de sus costos por medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1	El dinero que paga por un medicamento depende del medicamento y dónde surte su receta
--------------------	--

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (su copago). Su parte del costo varía según el medicamento y el lugar donde surte su receta.

Sus elecciones de farmacia

El dinero que paga por un medicamento depende del lugar donde lo obtiene:

- Una farmacia minorista que se encuentra en nuestra red del plan

- Una farmacia que no se encuentra en la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

Para obtener más información sobre estas elecciones de farmacia y el surtido de recetas, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de Farmacias* del plan.

Sección 5.2	Tabla que muestra sus costos por suministros para <i>un mes</i> de un medicamento
--------------------	--

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

- El “**copago**” significa que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta.

Como se indica en la siguiente tabla, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel de gastos compartidos en el que se encuentre su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago indicada en el cuadro, usted pagará el precio más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la cantidad de copago; *el monto que sea menor*.
- Solo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red en un número limitado de situaciones. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información acerca de cuándo cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red.

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

	Gastos compartidos estándares minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro para 30 días)	Gastos compartidos de pedido por correo (hasta un suministro para 30 días)	Gastos compartidos por cuidado a largo plazo (LTC) (hasta un suministro para 31 días)	Gastos compartidos fuera de la red (la cobertura está limitada en ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener detalles) (hasta un suministro para 30 días)
Nivel				
Según su nivel de Ayuda Adicional, usted paga los siguientes montos:				
Nivel 1				
Medicamentos genéricos/ Medicamentos de marca preferidos	<i>\$0 a \$3.60 de copago</i>	<i>\$0 a \$3.60 de copago</i>	<i>\$0 a \$3.60 de copago</i>	<i>\$0 a \$3.60 de copago</i>
Otros medicamentos	<i>\$0 a \$8.95 de copago</i>	<i>\$0 a \$8.95 de copago</i>	<i>\$0 a \$8.95 de copago</i>	<i>\$0 a \$8.95 de copago</i>

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para el mes entero

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de menos de un mes de medicamentos. Puede haber ocasiones en las que usted desee pedirle a su médico que le recete un suministro de menos de un mes para un medicamento (por ejemplo, si prueba por primera vez un medicamento que puede tener efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, no deberá pagar por el suministro de mes completo para determinados medicamentos.

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

Capítulo 6. Cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Si es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro de mes completo o para menos días. Sin embargo, dado que el costo total del medicamento sería más bajo si obtuviera menos de un suministro de mes completo, el *monto* que usted paga será menor.
- Si es responsable del copago de un medicamento, este se basará en el número de días del medicamento que recibe. Calcularemos el monto que usted paga a diario por su medicamento (la “tarifa diaria de gastos compartidos”) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.
 - Ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de mes completo (un suministro para 30 días) es de \$30. Esto significa que el monto que usted paga a diario por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro para 7 días del medicamento, su pago será de \$1 por día multiplicado por 7 días; un pago total de \$7.

Los gastos compartidos diarios le permiten asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de pagar por un suministro de un mes entero. También puede pedirle a su médico que le recete menos de un suministro de mes completo de un medicamento y a su farmacéutico que dispense dicho suministro si esto ayuda a que planifique mejor las fechas de renovación para distintas recetas de manera que pueda ir menos veces a la farmacia. El monto que usted paga dependerá del número de días de suministro que reciba.

Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos por suministros a *largo plazo* (hasta 90 días) de un medicamento

Al surtir su receta, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado un “suministro extendido”) para algunos medicamentos. Un suministro a largo plazo comprende 90 días. (Para obtener detalles acerca de dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga al obtener un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.

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

Nivel	Gastos compartidos estándares minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro para 90 días)	Gastos compartidos de pedido por correo (hasta un suministro para 90 días)
Según su nivel de Ayuda Adicional, usted paga los siguientes montos:		
Nivel de gastos compartidos 1		
Medicamentos genéricos/Medicamentos de marca preferidos	\$0 a \$3.90 de copago	\$0 a \$3.90 de copago
Otros medicamentos	\$0 a \$8.95 de copago	\$0 a \$8.95 de copago

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen \$6,350

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen \$6,350. Medicare establece reglas sobre qué cuenta y qué no cuenta como sus gastos de bolsillo. (Consulte la Sección 5.6 para obtener información acerca de cómo se cuentan sus gastos de bolsillo en Medicare). Si alcanza un límite de bolsillo de \$6,350, pasará del Intervalo de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

La *Explicación de los Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar registro de la cantidad que usted y el plan, así como cualquier tercero, gastan en su nombre durante el año. La mayoría de las personas no alcanzan el límite de \$6,350 en un año.

Le avisaremos si alcanza este monto límite de bolsillo de \$6,350. En caso de que alcance este monto, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 5.6	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para medicamentos recetados
--------------------	---

Medicare establece reglas sobre qué cuenta y qué *no* cuenta como sus gastos de bolsillo. Si alcanza un límite de bolsillo de 6,350, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

A continuación, presentamos las reglas de Medicare que debemos cumplir al llevar registro de sus gastos de bolsillo para sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

Al sumar sus gastos de bolsillo, **usted puede incluir** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted siga las reglas para cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

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

Es importante quién realiza el pago:

- Si **usted** realiza estos pagos, se incluirán en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si **otro individuo u organización determinada** los realiza en su nombre. Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, la mayoría de las organizaciones benéficas, los programas de asistencia con medicamentos contra el SIDA, *[los planes sin un SPAP en su estado deben eliminar la siguiente opción]* un programa estatal de asistencia farmacéutica calificado por Medicare o los Servicios de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.

Cómo pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Si usted (o aquellos que pagan en su nombre) gasta un total de \$6,350 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Al sumar sus gastos de bolsillo, **usted no puede incluir** ninguno de estos tipos de pago para medicamentos recetados:

- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene de farmacias fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos cubiertos solo por Medicaid.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que realice para medicamentos recetados que no suelen estar cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca durante el Intervalo de cobertura.
- Pagos de sus medicamentos que realicen los planes de salud grupal incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos que realicen determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos de sus medicamentos que realice un tercero que tenga una obligación legal de pagar los costos recetados (por ejemplo, la compensación de trabajadores).

Recuerde: Si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente se encarga de pagar parte o todos sus gastos de bolsillo para medicamentos, debe informarle al plan. Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede llevar un control de su total de bolsillo?

- **Nosotros lo ayudamos.** El informe de *Explicación de los Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo (En la Sección 3 de este capítulo se explica sobre este informe). Si alcanza un total de 6,350 en gastos de bolsillo anuales, este informe le explicará que ha pasado de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** La Sección 3.2 indica qué puede hacer para garantizar que nuestros registros sobre sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 6 No hay ningún intervalo de cobertura para Community Health Choice (HMO D-SNP)

Sección 6.1	Usted no tiene ningún intervalo de cobertura para sus medicamentos de la Parte D.
--------------------	--

No hay ningún intervalo de cobertura para Community Health Choice (HMO D-SNP). Una vez que abandone la Etapa de cobertura inicial, pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura catastrófica.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa durante el resto del año
--------------------	---

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica si sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$6,350 en el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año calendario.

- **Su parte** del costo para un medicamento cubierto será un coseguro o copago; el monto que sea *mayor*:
 - Coseguro del 5% del costo del medicamento
 - o \$3.60 para un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y \$8.95 para todos los otros medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Busque en el encarte separado (el “Anexo LIS”) la información sobre sus costos durante la Etapa de cobertura catastrófica.

SECCIÓN 8 El dinero que paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las recibe

Sección 8.1	Es posible que nuestro plan tenga una cobertura aparte para el medicamento de la vacuna de la Parte D y para los costos de aplicación de la vacuna
--------------------	---

Nuestro plan ofrece cobertura para una cantidad de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede consultar sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4, Sección 2.1.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna constituye un medicamento recetado.

La segunda parte de la cobertura es el costo de la **aplicación de la vacuna**. (A veces, se denomina la “administración” de la vacuna).

¿Cuánto paga usted por una vacuna de la Parte D?

El dinero que paga por una vacuna de la Parte D depende de tres factores:

- 1. El tipo de vacuna** (para lo que se vacuna).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede consultar sobre su cobertura para estas vacunas en el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. El lugar donde se aplica el medicamento de la vacuna.**
- 3. La persona que le aplica la vacuna.**

El dinero que usted paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces cuando recibe una vacuna, debe pagar el costo total del medicamento de la vacuna y su aplicación. Puede pedir que el plan le devuelva su dinero por nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones cuando reciba la vacuna o el medicamento de la vacuna, deberá pagar solo por su parte de costo.

Para mostrarle cómo funciona, a continuación, presentamos tres formas comunes para recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Compra la vacuna de la Parte D en una farmacia y la recibe en una farmacia de la red. (Esta opción depende del lugar donde vive. Algunos estados no permiten la administración de vacunas en farmacias).

- Deberá pagar en la farmacia el monto de su copago para la vacuna y el costo de aplicación de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.

- Después de recibirla, deberá pagar por el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego podrá pedir que el plan le pague su parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*).
- Le reembolsaremos el monto que usted pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida la administración). (Si obtiene “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Compra una vacuna de la Parte D en su farmacia y, luego, la lleva al consultorio del médico para su administración.

- Deberá pagar en la farmacia el monto de su copago para la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, deberá pagar el costo total por este servicio. Luego podrá pedir que nuestro plan le devuelva el dinero por nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Le reembolsaremos el importe cobrado por el médico para administrar la vacuna.

Sección 8.2	Le sugerimos llamarnos a Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna
--------------------	---

Sabemos que las reglas para la cobertura de vacunas son complicadas y, por eso, estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos llamarnos primero a Servicios para Miembros siempre que tenga planeado aplicarse una vacuna. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle sobre la cobertura de su vacuna por nuestro plan y explicarle su parte del costo.
- También podemos indicarle cómo mantener sus costos bajos usando proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o farmacia de la red, podemos comentarle qué necesita hacer para pedirnos la devolución de nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos por sus medicamentos o servicios cubiertos	1596
Sección 1.1	Si usted paga por sus medicamentos o servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos que paguemos.....	1596
SECCIÓN 2	Cómo solicitar la devolución de dinero o el pago de una factura que recibió	16158
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	16158
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos sí o no.....	16259
Sección 3.1	Evaluaremos si debemos cubrir el medicamento o el servicio y cuánto debemos.....	16259
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos por todo o parte del medicamento o la atención médica, usted puede presentar una apelación	1630
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe conservar sus recibos y enviarnos copias	1630
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar registro de sus gastos de bolsillo por medicamentos.....	1630

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

Sección 1.1 Si usted paga por sus medicamentos o servicios cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos que paguemos

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

Si ya ha pagado los medicamentos o servicios cubiertos por el plan, puede pedir que nuestro plan le devuelva el dinero (la devolución de dinero suele llamarse “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que pague más que su parte del costo por medicamentos o servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la evaluaremos y decidiremos si los medicamentos o servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben cubrirse, le devolveremos el dinero por los medicamentos o servicios.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de situaciones en las que podría pedir que nuestro plan le devuelva el dinero o pague una factura que ha recibido.

1. Si recibió atención médica de emergencia o urgencia por parte de un proveedor que no se encuentra en nuestra red del plan

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sea este o no parte de nuestra red. Si recibe servicios de emergencia o urgencia por parte de un proveedor que no es parte de nuestra red, debe pedirle al proveedor que le envíe una factura al plan.

- En caso de que usted pague el monto total en el momento de recibir la atención, es necesario que nos solicite la devolución del dinero. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- A veces, es posible que reciba una factura de un proveedor por un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algún pago al proveedor, nosotros le pagaremos directamente.
 - Si usted ya ha pagado por el servicio, le devolveremos el dinero.

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

2. Si un proveedor de la red le envía una factura que usted cree que no debe pagar

Los proveedores de la red deben enviar siempre la factura directamente al plan. Sin embargo, a veces, se equivocan y solicitan que usted pague por sus servicios.

- Envíenos la factura siempre que reciba una factura de un proveedor de la red. Nos contactaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura al proveedor de la red, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago realizado. Debe pedirnos que le devolvamos el dinero.

3. Si está afiliado de forma retroactiva a nuestro plan

A veces, la afiliación de una persona al plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de su afiliación ya pasó. Es posible que la fecha de afiliación haya ocurrido incluso el año pasado).

Si usted se afilió de forma retroactiva a nuestro plan y pagó de bolsillo cualquier medicamento o servicio cubierto después de su fecha de afiliación, puede pedirnos que le devolvamos su dinero. Deberá presentar la documentación para que nosotros manejemos el reembolso. Póngase en contacto con Servicios para Miembros para obtener información adicional acerca de cómo pedirnos que le devolvamos el dinero y las fechas límite para realizar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

4. Si utiliza una farmacia fuera de la red para surtir recetas

Si visita una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de afiliación para surtir una receta, es posible que en la farmacia no puedan presentar la reclamación directamente a nosotros. Si esto sucede, deberá pagar el costo total de su receta. (Solo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red en algunas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información). Conserve su recibo y envíenos una copia cuando solicite la devolución de dinero por nuestra parte del costo.

5. Si paga el costo total de una receta porque no lleva consigo su tarjeta de afiliación al plan

Si no lleva consigo su tarjeta de afiliación al plan, puede pedir en la farmacia que llamen al plan o busquen su información de afiliación al plan. Sin embargo, si en la farmacia no pueden obtener de inmediato su información de afiliación necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta. Conserve su recibo y envíenos una copia cuando solicite la devolución de dinero por nuestra parte del costo.

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

6. Si paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que deba pagar el costo total de la receta si encuentra que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, puede que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, o tenga un requisito o restricción que usted no conocía o no creía que se aplicaría a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando solicite la devolución de dinero. En algunas situaciones, podemos necesitar más información de parte de su médico para devolverle el dinero por nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe la solicitud de pago, la evaluaremos y decidiremos si el medicamento o el servicio debe cubrirse. Esto se conoce como la “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del medicamento o el servicio. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer en caso de quejas o problemas (quejas, apelaciones, decisiones de cobertura)*) tiene información acerca de cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar la devolución de dinero o el pago de una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y documentación de cualquier pago que haya realizado. Se recomienda hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.

A fin de garantizar que nos brinde toda la información necesaria para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- Si bien no necesita utilizar el formulario, nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/Medicare) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

H9826_BD_10052_101119_C

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

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

Debe presentarnos su reclamación de la Parte C (médica) dentro de los 12 meses a partir de la fecha en recepción del servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Debe presentarnos su reclamación de la Parte D (medicamento recetado) dentro de los 36 meses a partir de la fecha de recepción del servicio, artículo o medicamento.

Póngase en contacto con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, estamos aquí para ayudarlo. También puede llamarnos si desea brindar más información sobre alguna solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos sí o no

Sección 3.1 Evaluaremos si debemos cubrir el medicamento o el servicio y cuánto debemos
--

Al recibir su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y realizaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que el medicamento o la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las reglas para obtener el medicamento o la atención, le pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si ya ha pagado por el medicamento o el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado por el medicamento o el servicio, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3 se explican las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos. En el Capítulo 5 se explican las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que el medicamento o la atención médica *no* está cubierta o que usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos por nuestra parte del costo del medicamento o atención. En cambio, le enviaremos una carta que explique las razones por las que no enviaremos el pago solicitado y sus derechos de apelar esa decisión.

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

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos por todo o parte del medicamento o la atención médica, usted puede presentar una apelación

Si cree que nos equivocamos al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. En caso de presentarla, esto significa que nos está solicitando el cambio de la decisión tomada cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer en caso de quejas o problemas (quejas, apelaciones, decisiones de cobertura)*). El proceso de apelación es un proceso formal que conlleva procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es un tema nuevo para usted, le será útil empezar leyendo la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una introducción que explica el proceso de apelaciones y decisiones de cobertura, y define términos como “apelación”. Luego de leer la Sección 5, puede consultar la sección del Capítulo 9 que explica qué hacer según su situación:

- Si desea presentar una apelación para la devolución de dinero por servicios médicos, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para la devolución de dinero por medicamentos, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

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

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

En algunas situaciones, debe informarnos acerca de pagos que haya realizado por sus medicamentos. En estos casos, usted no nos solicita un pago. En cambio, nos informa sobre sus pagos de manera que podamos calcular de forma correcta sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápido.

A continuación, presentamos un ejemplo de una situación en la que debe enviarnos copias de recibos para informarnos acerca de pagos que haya realizado por sus medicamentos:

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

Si obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están afiliados a un programa de asistencia al paciente que ofrece un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si obtiene cualquier medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que pague un copago al programa de asistencia al paciente.

- Conserve su recibo y envíenos una copia para que podamos tener en cuenta sus gastos de bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Para tener en cuenta:** Dado que obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de este medicamento. Sin embargo, si envía una copia del recibo podremos calcular de forma correcta sus gastos de bolsillo y podrá calificar para la Etapa de cobertura catastrófica más rápido.

Dado que en el caso anterior no está solicitando un pago, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no podrá presentar una apelación en caso de no estar de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro	1674
Sección 1.1	Debemos brindar información en una manera que funcione para usted (en un idioma que no sea inglés, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)	1674
Sección 1.2	Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos	1685
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de la información personal sobre su salud.....	1685
Sección 1.4	Debemos ofrecerle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	167
Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	Error! Bookmark not defined.68
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y solicitar que reconsideremos las decisiones tomadas	Error! Bookmark not defined.70
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que recibe un trato injusto o no se respetan sus derechos?	Error! Bookmark not defined.71
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	Error! Bookmark not defined.71
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro del plan	Error! Bookmark not defined.72
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	172

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro

Sección 1.1 Debemos brindar información en una manera que funcione para usted (en un idioma que no sea inglés, en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades o que no hablen inglés. También podemos brindarle información en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si así lo necesita. Debemos ofrecerle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que podamos brindarle información en una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles, la Oficina de Derechos Civiles, la Comisión de Salud y Servicios Humanos, 701 W. 51st Street MC W206, Austin Texas 78751.

Si tiene algún problema para obtener la información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja con Community Health Choice (HMO D-SNP) al número gratuito (833) 276-8306 o al número local (713) 295-5007. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o en este correo, o puede llamar al número gratuito (833) 276-8306 o al número local (713) 295-5007 para obtener información adicional.

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

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades o que no hablen inglés. También podemos brindarle información en Braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si así lo necesita. Debemos ofrecerle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que podamos brindarle información en una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles, la Oficina de Derechos Civiles, la Comisión de Salud y Servicios Humanos, 701 W. 51st Street MC W206, Austin Texas 78751.

Si tiene algún problema para obtener la información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja con Community Health Choice (HMO D-SNP) al número gratuito (833) 276-8306 o al número local (713) 295-5007. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o en este correo, o puede llamar al número gratuito (833) 276-8306 o al número local (713) 295-5007 para obtener información adicional”.

Sección 1.2	Debemos garantizar que obtenga acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos
--------------------	--

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) en la red del plan que proporcione y coordine sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se explica más sobre este tema). Llame a Servicios para Miembros para conocer a los médicos que aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a visitar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una derivación. No se requiere que obtenga derivaciones para acudir a un proveedor de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho al surtido o renovación de sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas esperas.

Si cree que no recibe sus medicamentos de la Parte D o la atención médica dentro de un período razonable de tiempo, el Capítulo 9, Sección 11 de este folleto indica qué puede hacer. (Si rechazamos la cobertura de sus medicamentos o atención médica y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, el Capítulo 9, Sección 5 indica qué puede hacer).

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

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de sus registros médicos y la información personal sobre su salud. Nosotros protegemos la información personal sobre su salud según lo establecido por estas leyes.

- La “información personal sobre su salud” incluye la información personal brindada al afiliarse a este plan, así como sus registros médicos y otros datos médicos y de salud.

- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados a obtener información y controlar cómo se utiliza la información de salud. Le enviamos un aviso por escrito llamado “Aviso de prácticas de privacidad” que trata sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise o cambie sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, para brindar su información de salud a cualquier persona que no proporcione su atención médica ni pague por su cuidado, *debemos obtener primero un permiso por escrito de usted*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien le haya otorgado el poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones se permiten o se exigen por ley.
 - Por ejemplo, debemos divulgar la información de salud a organismos gubernamentales que controlen la calidad de atención médica.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información de salud, inclusive información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros fines, esto se llevará a cabo conforme a las leyes y reglamentaciones federales.

Usted puede observar la información de sus registros y conocer cómo se ha compartido con otros

Tiene derecho a examinar sus registros médicos que el plan tiene en su poder y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que realicemos correcciones o agreguemos información a sus registros médicos. Si usted lo solicita, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si estos cambios deben realizarse.

Tiene derecho a saber cómo se comparte con otros su información de salud para fines que no sean los habituales.

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

Puede encontrar información adicional sobre la política de privacidad de Community Health Choice (HMO D-SNP) en el siguiente enlace:

<https://www.communityhealthchoice.org/en-us/privacy-statement/>

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

Como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP), tiene derecho a recibir varios tipos de información de parte de nosotros. (Como se explicó antes en la Sección 1.1, tiene derecho a recibir información de nosotros en una manera que funcione para usted. Esto incluye recibir la información en idiomas que no sean inglés, en letra grande u otros formatos alternativos).

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

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También comprende información sobre el número de apelaciones realizadas por miembros y las calificaciones de rendimiento del plan, incluidos cómo los miembros del plan lo evalúan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red incluyendo nuestras farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, tiene derecho a recibir información de parte de nosotros acerca de las calificaciones de proveedores y farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a dichos proveedores.
 - Para obtener una lista de proveedores de nuestra red del plan, consulte el Directorio de Proveedores.
 - Para obtener una lista de farmacias de nuestra red del plan, consulte el Directorio de Farmacias.
 - Para obtener información detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en [at www.communityhealthchoice.org](http://www.communityhealthchoice.org)
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al utilizar su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explican los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones de su cobertura y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener los detalles de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto más la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se indican cuáles son los medicamentos que están cubiertos, y se explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para determinados medicamentos.

- Si tiene alguna pregunta sobre las reglas o restricciones, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre las razones por las que un servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si su cobertura está restringida de alguna manera, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de una farmacia o proveedor fuera de la red.
 - Si no está conforme o de acuerdo con alguna decisión que tomamos acerca de la cobertura de un medicamento de la Parte D o atención médica, tiene derecho a solicitarnos el cambio de decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión mediante la presentación de una apelación. Para obtener detalles acerca de qué hacer si un servicio no está cubierto para usted de la forma en que cree que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto.
 - folleto. Le brinda detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de atención médica, tiempos de espera y otras cuestiones.)
 - Si desea solicitar que el plan pague nuestra parte de una factura que recibió por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica
--------------------	---

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

Tiene derecho a recibir la información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando acude por atención médica. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y las opciones de tratamiento *en una manera que usted pueda entender*.

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

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que se le expliquen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su enfermedad, independientemente de su costo o si están cubiertas por nuestro

plan. También incluye recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a manejar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.

- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le expliquen todos los riesgos relacionados con su atención médica. Se le debe informar con anticipación si cualquier tratamiento o atención médica propuesta es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Tener derecho a decir que “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar el hospital u otro centro médico, incluso si su médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego, si rechaza un tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, asume total responsabilidad de lo que suceda en el cuerpo como resultado.
- **Recibir una explicación si rechazamos su cobertura por atención médica.** Tiene derecho a recibir una explicación por parte de nosotros si un proveedor se niega a proporcionar atención médica que usted cree que debería recibir. Para obtener esta explicación, debe solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto explica cómo solicitar una decisión de cobertura al plan.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué debe realizarse si no puede tomar sus propias decisiones médicas,

A veces, las personas pierden la capacidad de tomar sus propias decisiones sobre atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a explicar qué desea que suceda en caso de encontrarse en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede realizar lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal de tomar decisiones médicas por usted** en caso de que pierda la capacidad de tomar sus propias decisiones.
- **Dar instrucciones por escrito a sus médicos** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que pierda la capacidad de tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se conocen como “**voluntades anticipadas**”. Existen distintos tipos de voluntades anticipadas que tienen nombres diferentes. Los documentos llamados “**testamento en vida**” y “**poder notarial de atención médica**” son ejemplos de voluntades anticipadas.

Si desea utilizar una “voluntad anticipada” para indicar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si desea tener una voluntad anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, un trabajador social o en alguna tienda de suministros para oficina. A veces, puede obtener los formularios de voluntad anticipada de organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Complete y firme el formulario.** Independientemente del lugar donde obtuvo este formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Envíe copias a las personas adecuadas.** Debe enviar una copia del formulario a su médico y a la persona que indique como el encargado de tomar sus decisiones en caso de que usted no pueda. También le sugerimos dar copias a sus familiares o amigos cercanos. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y tiene firmada una voluntad anticipada, **lleve consigo una copia al hospital.**

- Si se encuentra internado en el hospital, le preguntarán si firmó un formulario de voluntad anticipada y si lo trae consigo.
- Si no ha firmado un formulario de voluntad anticipada, en el hospital disponen de formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, usted decide si desea completar una voluntad anticipada (incluso si desea firmar una en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención médica o discriminarlo por haber firmado o no una voluntad anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si firmó una voluntad anticipada y cree que un médico o en el hospital no se respetaron sus instrucciones, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y solicitar que reconsideremos las decisiones tomadas
--------------------	---

Si tiene alguna duda o problema sobre su atención médica o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le explica qué puede hacer. Brinda detalles acerca de cómo ocuparse de cualquier tipo de queja y problema. Los pasos que debe seguir cuando surge una duda o problema dependerán de la situación. Tal vez deba solicitar a nuestro plan que adopte una decisión de cobertura por usted, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Cualquiera sea su decisión (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja), **debemos tratarlo de manera justa.**

Tiene derecho a obtener un resumen con información sobre las apelaciones y quejas presentadas en el pasado por otros miembros en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que recibe un trato injusto o no se respetan sus derechos?

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

Si cree que recibió un trato injusto o no se respetaron sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, género, salud, etnia, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si cree que recibió un trato injusto o no se respetaron sus derechos y *no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda con su problema de la siguiente manera:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa de asistencia con los seguros médicos del estado**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Existen diversos lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa de asistencia con los seguros médicos del estado**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible

en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>).

- O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?
--

A continuación, se menciona lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarle.

- **Conozca sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de estos servicios.** Utilice este folleto de Evidencia de Cobertura para conocer qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener la cobertura de estos servicios.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos, y se incluye qué está cubierto y qué no, las reglas a seguir y qué paga usted.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura para los medicamentos recetados de la Parte D.
- **Debe informarnos en caso de tener otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan.** Llame a Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Debemos seguir las reglas establecidas por Medicare y Medicaid para garantizar que usted utilice toda su cobertura en combinación con los servicios cubiertos por nuestro plan. Esto se conoce como **“coordinación de beneficios”** porque involucra la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos que esté disponible para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7.)
- **Informe a su médico y otros proveedores de atención médica sobre su afiliación a nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores al ofrecerles información, formularles preguntas y llevar un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de atención médica a brindarle la mejor atención, aprenda todo lo que pueda sobre sus

problemas de salud y ofrézcales la información necesaria sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.

- Asegúrese de que sus médicos estén al tanto de todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas. Sus médicos y otros proveedores de atención médica le explicarán todo lo que necesite saber en una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, pregunte otra vez.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que se comporte de manera que facilite el buen funcionamiento en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:
 - A fin de ser elegible para nuestro plan, debe contar con la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP), Medicaid paga por su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, deberá seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija) O un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 6 le explica qué debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si obtiene medicamentos o servicios médicos que no estén cubiertos por nuestro plan o por otro seguro que pueda tener, usted debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía, deberá pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si está obligado a pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus mayores ingresos (como figura en su última declaración de impuestos), deberá pagar el monto adicional directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.

- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto.)
 - **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicios del plan, *no* podrá permanecer como miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1 se explica acerca de nuestra área de servicios.) Podemos ayudarlo a averiguar si se muda fuera de nuestra área de servicios.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, aun así, necesitamos saber** para poder actualizar su registro de afiliación y saber cómo contactarlo.
 - Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). En el Capítulo 2 puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de ambas organizaciones.
- **Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene alguna duda o pregunta.** También aceptamos todas las sugerencias que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y horarios de llamada de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
 - Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo.

CAPÍTULO 9

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

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

PANORAMA GENERAL.....	18279
SECCIÓN 1 Introducción.....	18279
Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una queja.....	18279
1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?	18279
SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	18380
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	18380
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para ocuparse de su problema? ..	1841
Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?	1841
PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u>	1852
SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas con sus beneficios de <u>Medicare</u>	1852
Sección 4.1 ¿Debería utilizar el proceso para las apelaciones y decisiones de cobertura? ¿O debería utilizar el proceso de presentación de quejas?	1852
SECCIÓN 5 Guía básica de apelaciones y decisiones de cobertura.....	1863
Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general	1863
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	1874
Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo brinda los detalles de su situación?	1885
SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	1896
Sección 6.1 Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el dinero por su atención médica.....	1896
Sección 6.2 Paso por paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)	19188
Sección 6.3 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura para atención médica realizada por nuestro plan).....	1952

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

Sección 6.4	Paso por paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2	1996
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le devolvamos el dinero por una factura que recibió de atención médica?	199
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	200
Sección 7.1	Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le devolvamos el dinero por un medicamento de la Parte D.....	200
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	2052
Sección 7.3	Información importante sobre la solicitud de excepciones	2074
Sección 7.4	Paso por paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	2074
Sección 7.5	Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura realizada por nuestro plan).....	21108
Sección 7.6	Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	2141
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si cree que su médico le dará el alta demasiado pronto	2174
Sección 8.1	Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de parte de Medicare donde se explican sus derechos	2174
Sección 8.2	Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta de hospital	2196
Sección 8.3	Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta de hospital	219
Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?	2241
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si piensa que la cobertura termina demasiado pronto	Error! Bookmark not defined.4
Sección 9.1	<i>Esta sección aborda únicamente tres servicios: Los servicios de atención médica en el hogar, los servicios de un centro de enfermería especializada y los servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)</i>	Error! Bookmark not defined.24
Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura	Error! Bookmark not defined.25
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo solicitar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más extenso	Error! Bookmark not defined.26

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

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo solicitar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más extenso Error! Bookmark not defined. 28
Sección 9.5	¿Qué sucede si omite el plazo límite para hacer su Apelación de Nivel 1? Error! Bookmark not defined. 30
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y subsiguientes..... Error! Bookmark not defined. 33
Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las Apelaciones por servicios médicos..... Error! Bookmark not defined. 33
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las Apelaciones por medicamentos de la Parte D Error! Bookmark not defined. 35
SECCIÓN 11	Cómo realizar reclamos acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes Error! Bookmark not defined. 36
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas aborda el proceso de quejas? Error! Bookmark not defined.
Sección 11.2	El nombre formal que se utiliza para “hacer una queja” es “presentar un reclamo” Error! Bookmark not defined. 39
Sección 11.3	Paso a paso: Cómo hacer una queja Error! Bookmark not defined. 39
Sección 11.4	También puede realizar quejas acerca de la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad . Error! Bookmark not defined. 41
Sección 11.5	También puede informar a Medicare acerca de su queja Error! Bookmark not defined. 42
PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS EN VIRTUD DE <u>MEDICAID</u>..... Error!	Bookmark not defined. 42
SECCIÓN 12	Manejo de problemas acerca de sus beneficios en virtud de <u>Medicaid</u> Error! Bookmark not defined. 42

PANORAMA GENERAL

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una queja

Este capítulo explica los procesos para manejar los problemas y las quejas. El proceso que usted utiliza para manejar sus problemas depende de dos factores:

1. Si su problema se trata sobre beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, póngase en contacto con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para apelaciones y decisiones de cobertura**.
 - Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentación de quejas**.

Estos procesos están aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y el manejo oportuno de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir.

¿Cuál utilizar? La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado para utilizar.

1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. La mayoría de estos términos son desconocidos para muchas personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar, este capítulo explica los procedimientos y normas legales con palabras más simples en lugar de terminología legal. Por ejemplo, en general este capítulo se refiere a “presentar una queja” en vez de “radicar una querrela”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de organización”, “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También se utilizan muy pocas veces las abreviaciones.

Sin embargo, puede ser útil (y, a veces, bastante importante) conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué término utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando se ocupe de su problema y a obtener la ayuda o información adecuadas en su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles sobre cómo abordar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

A veces, puede resultar confuso empezar o llevar adelante el proceso para ocuparse de un problema. Esto puede ser particularmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no cuente con la información necesaria para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, es posible que, en algunas situaciones, también desee orientación o ayuda de alguien que no esté relacionado con nosotros. Puede comunicarse siempre con su **Programa de asistencia con los seguros médicos del estado (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en cada estado. El programa no está conectado con nosotros ni con otro plan de salud o aseguradora. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender el proceso que debería utilizar para proceder ante un problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre qué debe hacer.

Estos servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. En el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto encontrará los números de teléfono.

También puede obtener información y ayuda de Medicare

Para obtener más información y ayuda sobre cómo abordar un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, indicamos dos maneras para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Puede obtener información y ayuda de Medicaid

Para obtener más información y ayuda sobre cómo abordar un problema, también puede ponerse en contacto con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. A continuación, indicamos dos maneras para obtener información directamente de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

- Puede llamar al 1-877-541-7905 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o 1-800-735-2989.
- También puede visitar su sitio web en www.hhs.texas.gov.

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para ocuparse de su problema?

Sección 3.1 ¿Debe utilizar el proceso para los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

Dado que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, cuenta con diferentes procesos que puede utilizar para manejar su queja o problema. El proceso que utilice depende de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema se trata sobre un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema se trata sobre un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, póngase en contacto con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para averiguar la parte que debería leer, utilice el siguiente cuadro.

Para determinar qué parte del capítulo lo ayudará con su duda o problema específico, **COMIENCE AQUÍ.**

¿Su problema se trata sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

(Si desea ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid, póngase en contacto con Servicios para Miembros. Los

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

números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

Mi problema es con los beneficios de **Medicaid**.

Salte a la **Sección 12** de este capítulo, **“Cómo manejar los problemas con sus beneficios de Medicaid.”**

PROBLEMAS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

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

Sección 4.1	¿Debería utilizar el proceso para las apelaciones y decisiones de cobertura? ¿O debería utilizar el proceso de presentación de quejas?
--------------------	---

Si tiene alguna duda o problema, solo necesita leer las partes de este capítulo aplicables a su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para sus quejas o problemas con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Utilice el siguiente cuadro para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su duda o problema con sus beneficios de **Medicare**:

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

(Esto incluye problemas sobre si un medicamento recetado o un servicio de atención médica particular está cubierto o no, la forma en que está cubierto y los

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

problemas relacionados con el pago de medicamentos recetados o la atención médica.)

Sí. Mi problema es con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5, “Guía básica de apelaciones y decisiones de cobertura.”**

No. Mi problema no es con los beneficios ni la cobertura.

Salte a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de atención médica, tiempos de espera, servicio al cliente y otras cuestiones.”**

SECCIÓN 5 Guía básica de apelaciones y decisiones de cobertura

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

El proceso para solicitar las apelaciones y decisiones de cobertura se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se utiliza para cuestiones relacionadas con, por ejemplo, determinar si un beneficio está cubierto o no y de qué forma lo está.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es aquella que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos o servicios médicos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué beneficio está cubierto para usted y cuánto pagaremos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) cada vez que usted recibe atención médica de su parte o cuando su médico de la red lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden ponerse en contacto con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro si debe cubrir un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree necesitar. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En algunos casos, podríamos determinar que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que ya tomamos.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina una Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que hemos seguido todas las reglas adecuadamente. Su apelación está a cargo de revisores diferentes de los que tomaron la primera decisión desfavorable. Después de completar la revisión, le informaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida para una decisión de cobertura.

Si rechazamos toda o parte de su Apelación de Nivel 1, puede continuar con una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 está a cargo de una organización independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Si esto sucede, nosotros le avisaremos. En otras situaciones, necesitará solicitar una Apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar por los niveles adicionales de la apelación.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda al solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
--------------------	--

¿Necesita ayuda? A continuación, se ofrecen recursos que puede utilizar si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, contáctese con su Programa de asistencia con los seguros médicos del estado (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
 - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se rechaza en el Nivel 1, será enviada automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe designarse como su representante.
 - Para medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional de la salud puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después

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

del Nivel 2, su médico u otro profesional de la salud debe designarse como su representante.

- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación por usted.
 - Es posible que otra persona ya esté autorizada legalmente para actuar como su representante según la ley estatal.
 - Si desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org. El formulario otorga permisos a dicha persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe enviarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene de derecho a contratar un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado o solicitar uno a través de la asociación de abogados local o de otro servicio de referencia. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

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

Hay cuatro tipos distintos de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, ofrecemos los detalles de cada una en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si cree que su médico le dará el alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto” (*Solo aplica a estos servicios: atención médica a domicilio, atención*

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

médica en centros especializados de enfermería y servicios en Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).)

Si no está seguro acerca de la sección que debería utilizar, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su Programa de asistencia con los seguros médicos del estado (El Capítulo 2, Sección 3 de este folleto tiene los números telefónicos de este programa).

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



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía básica de apelaciones y decisiones de cobertura*)? Si no lo ha hecho, es posible que quiera leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1	Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el dinero por su atención médica
--------------------	--

Esta sección se trata de sus beneficios de atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*. Para simplificar, en general, nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección en lugar de repetir todo el tiempo “servicios o tratamiento o atención médica”. El término “atención médica” incluye servicios y artículos médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, aplican reglas diferentes para solicitar un medicamento recetado de la Parte B. En estos casos, explicaremos la diferencia entre las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B y las reglas para servicios y artículos médicos.

Esta sección explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y cree que este servicio está cubierto por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean brindarle y cree que este servicio está cubierto por nuestro plan.
3. Ha recibido servicios o atención médica que cree que deben estar cubiertos por el plan, pero nosotros le informamos que no pagaremos por este servicio.

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

4. Ha recibido y pagado por servicios o atención médica que cree que deben estar cubiertos por el plan y desea pedirle al plan un reembolso por este servicio.
 5. Se le informó que la cobertura que recibe para cierta atención médica antes aprobada será reducida o interrumpida, y cree que reducir o interrumpir esta atención médica podría perjudicar su salud.
- **NOTA: Si la cobertura interrumpida es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención médica en centros especializados de enfermería o servicios en Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés),** necesita leer una sección aparte de este capítulo porque en estos tipos de atención médica se aplican determinadas reglas. En estas situaciones, debe leer lo siguiente:
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si cree que su médico le dará el alta demasiado pronto.*
 - Capítulo 9, Sección 9: *Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto.* Esta sección se trata solo de tres servicios: atención médica a domicilio, atención médica en centros especializados de enfermería o servicios en Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).
 - Para *todas las demás* situaciones en las que se le informe que la atención médica que recibe será interrumpida, utilice esta sección (Sección 6) como guía para lo que debe hacer.

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea averiguar si cubriremos los servicios o atención médica que desea?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, Sección 6.2.
¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos por un servicio médico en la manera que usted desea?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos la decisión.) Salte a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Desea pedirnos un reembolso por servicios o atención médica que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Salte a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 Paso por paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que desea)

Términos legales

Si una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina una “**determinación de organización**”.

Paso 1: Usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura respecto a la atención médica que solicita. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debería pedirnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”.

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se conoce como una “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos la cobertura de la atención médica que desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante.
- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando deba solicitar una decisión de cobertura acerca de su atención médica*.

Por lo general, aplicamos plazos estándar para informarle nuestra decisión

Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar plazos “rápidos”. **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud **de servicio o artículo médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta dentro de las **72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, para una solicitud **de servicio o artículo médico**, disponemos de un máximo de **14 días calendario más** si solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si determinamos que

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

necesitaremos más días para tomar la decisión, le avisaremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se trata de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

- Si cree que *no* deberíamos necesitar más días, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Al presentar una queja rápida, responderemos a ella dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para apelaciones y decisiones de cobertura. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.)

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión de cobertura rápida”

- **Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un servicio o artículo médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.**
 - **Sin embargo**, para una solicitud **de servicio o artículo médico**, **disponemos de un máximo de 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que podría beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para obtener la información que necesitamos para la revisión. Si determinamos que necesitaremos más días, le avisaremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se trata de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* deberíamos necesitar más días, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.) Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Debe cumplir con dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita cobertura para atención médica que *todavía no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud se trata de un pago por atención médica que ya recibió.)
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si utilizar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad de funcionamiento*.

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

- **Si su médico nos explica que su salud requiere de una “decisión de cobertura rápida”, accederemos automáticamente a darle dicha decisión.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta y sin el respaldo de su médico, determinaremos si su salud requiere que le demos dicha decisión.
 - Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que así lo indique (y utilizaremos los plazos estándar).
 - Esta carta le explica que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente dicha decisión.
 - Esta carta también le explica cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra resolución de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.)

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le respondemos.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida relativa a una solicitud de servicio o artículo médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, disponemos de un máximo de 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si determinamos que necesitaremos más días para tomar la decisión de cobertura, le avisaremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se trata de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* deberíamos necesitar más días, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Al presentar una queja rápida, responderemos a ella dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.)
 - Si no respondemos dentro de las 72 horas (o si se extiende el período de tiempo, al finalizar dicho período) o 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. La siguiente Sección 6.3 explica cómo presentar una apelación.

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

- **Si nuestra respuesta es positiva para todo o parte de lo solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura para la atención médica que acordamos proveer dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud. En caso de haber extendido el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura relativa a su solicitud de servicio o artículo médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al finalizar dicho período extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa para todo o parte de lo solicitado,** le enviaremos una explicación detallada por escrito sobre los motivos de nuestra decisión negativa.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- Por lo general, para una decisión de cobertura estándar relativa a una solicitud de servicio o artículo médico, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud.
 - Para una solicitud de servicio o artículo médico, disponemos de un máximo de 14 días calendario más (“un período de tiempo extendido”) en determinadas circunstancias. Si determinamos que necesitaremos más días para tomar la decisión de cobertura, le avisaremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se trata de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* deberíamos necesitar más días, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Al presentar una queja rápida, responderemos a ella dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.)
 - Si no respondemos dentro de los 14 días calendario (o si se extiende el período de tiempo, al finalizar dicho período) o 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. La siguiente Sección 6.3 explica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es positiva para todo o parte de lo solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proveer dentro de los 14 días calendario, o 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, después de recibir su solicitud. En caso de haber extendido el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura relativa a su solicitud de servicio o artículo médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al finalizar dicho período extendido.

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

- **Si nuestra respuesta es negativa para todo o parte de lo solicitado, le enviaremos una declaración por escrito que explique los motivos de nuestra decisión negativa.**

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nos negamos, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos (o tal vez cambiemos) esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar obtener de nuevo la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3	Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura para atención médica realizada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura para atención médica se denomina una “reconsideración” del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una **“apelación rápida”**.

Qué debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo contactarnos para cualquier propósito relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una apelación acerca de su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito cuando envíe la solicitud.** También puede solicitar una apelación por teléfono al número que se indica en el Capítulo 2, Sección 1 (Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una apelación acerca de su atención médica).
 - Si otra persona que no sea su médico apela nuestra decisión por usted, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante que autorice a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Servicios para Miembros (los números

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

de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Designación de representante”. También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podremos iniciar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión acerca de su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito que explique su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número de teléfono que se indica en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una apelación acerca de su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con el plazo por una razón que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de razones que justifiquen el incumplimiento del plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más datos que respalden su apelación.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede hacerlo por teléfono)

Términos legales

Una “apelación rápida” también se conoce como una **“reconsideración acelerada”**.

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

- Si apela a una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no recibió, usted y su médico deberán determinar si necesitan una “apelación rápida”.
- Los requisitos y procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para pedir una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se mencionan al inicio de esta sección.)
- Si su médico nos explica que su salud requiere de una “apelación rápida”, le daremos dicha apelación.

Paso 2: Consideramos su apelación y le respondemos.

- Al revisar su apelación, volvemos a analizar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando negamos su solicitud.
- Recopilaremos más información de ser necesaria. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos plazos rápidos, debemos responderle **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo, **disponemos de un máximo de 14 días calendario más** si su solicitud es para un servicio o artículo médico. Si determinamos que necesitaremos más días para tomar la decisión, le avisaremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se trata de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no respondemos dentro de las 72 horas (o al finalizar la extensión del período de tiempo en caso de extendernos), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informamos acerca de esta organización y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para todo o parte de lo solicitado**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proveer dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.

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

- **Si nuestra respuesta es negativa para todo o parte de lo solicitado,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos responderle sobre la solicitud de servicio o artículo médico **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta se tratara de una cobertura por servicios que todavía no recibió. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si esta se tratara de una cobertura para un medicamento recetado de la Parte B que todavía no recibió. Le informemos nuestra decisión antes si su enfermedad así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si nosotros necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo, **disponemos de un máximo de 14 días calendario más** si su solicitud es para un servicio o artículo médico. Si determinamos que necesitaremos más días para tomar la decisión, le avisaremos por escrito. No podemos dedicar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se trata de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* deberíamos necesitar más días, puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Al presentar una queja rápida, responderemos a ella dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo.)
 - Si no respondemos dentro del plazo correspondiente que se mencionó anteriormente (o al finalizar la extensión del período de tiempo en caso de extendernos con su solicitud de servicio o artículo médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente externa. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para todo o parte de lo solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos proveer dentro de 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para todo o parte de lo solicitado,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

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

Paso 3: Si nuestro plan rechaza toda o parte de su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que hayamos seguido todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Al hacerlo, esto significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelaciones: el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso por paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** analiza nuestra decisión para su primera apelación. Esta organización determina si debemos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la **“Entidad de Revisión Independiente”**. Suele llamarse la **“IRE” (por sus siglas en inglés)**.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente analiza su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Es una empresa elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Por lo tanto, Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina el “expediente de su caso”, y **usted tiene derecho a pedirnos una copia de este**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si obtuvo una apelación “rápida” en el Nivel 1, también obtendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si nuestro plan le proporcionó una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de

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

revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un servicio o artículo médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **dispone de un máximo de 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede dedicar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se trata de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si obtuvo una apelación “estándar” en el Nivel 1, también obtendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si nuestro plan le proporcionó una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es para un servicio o artículo médico, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un servicio o artículo médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **dispone de un máximo de 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede dedicar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud se trata de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le responde.

La Organización de Revisión Independiente le informará sobre su decisión por escrito y le explicará sus razones.

- **Si la organización de revisión acepta toda o parte de la solicitud de servicio o artículo médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándar o dentro de las 72 horas a partir de la fecha de recepción de la decisión tomada por la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión acepta toda o parte de la solicitud de medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa dentro de las **72 horas** después de recibir la decisión tomada por la organización de revisión para **solicitudes estándar** o dentro de las **24 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión tomada por la organización de revisión para **solicitudes aceleradas**.

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

- **Si esta organización rechaza toda o parte de su apelación**, significa que concuerda con nuestro plan respecto a que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “ratificar la decisión”. También se conoce como “rechazar su apelación”.)
 - Si la Organización de Revisión Independiente “ratifica la decisión”, tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicite debe alcanzar un monto mínimo para presentar otra apelación en Nivel 3. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 será inapelable. El aviso por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le explicará cómo averiguar el monto en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles acerca de cómo realizar esto se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o abogado litigante. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le devolvamos el dinero por una factura que recibió de atención médica?
--------------------	--

Si desea pedirnos que paguemos por su atención médica, empiece leyendo el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que podría pedir un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura de nosotros

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos que la atención médica que pagó sea un servicio cubierto

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

(consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*). También verificaremos que haya seguido todas las reglas de uso de su cobertura para atención médica (estas reglas se mencionan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por su atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. O, en caso de no haber pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Si enviamos el pago, significa que *aceptamos* su solicitud para una decisión de cobertura.)
- Si la atención médica *no* está cubierta o *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que explique de forma detallada por qué no pagaremos por los servicios y los motivos. (Si denegamos su solicitud de pago, significa que *rechazamos* su solicitud para una decisión de cobertura.)

¿Qué sucede si solicita un pago y respondemos que no lo pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. En caso de presentarla, esto significa que nos está solicitando el cambio de la decisión de cobertura tomada cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3. Vaya a esta sección para obtener las instrucciones paso por paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos responderle dentro de los 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos pide que le devolvamos el dinero por atención médica que ya recibió y pagó por su cuenta, no se le permitirá solicitar una apelación rápida.)
- Si la Organización de Revisión Independiente revoca nuestra decisión de negar el pago, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es positiva en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 **Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación**



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Guía básica de apelaciones y decisiones de cobertura*)? Si no lo ha hecho, es posible que quiera leerla antes de comenzar esta sección.

Sección 7.1 Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le devolvamos el dinero por un medicamento de la Parte D
--

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de varios medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para cubrir un medicamento, este debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” representa el uso de un medicamento autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

- **Esta sección se trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, en general, nos referimos a “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir todo el tiempo “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener detalles sobre a qué nos referimos con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las reglas y restricciones de cobertura, y la información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Apelaciones y Decisiones de Cobertura de la Parte D

Como se mencionó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es aquella que tomamos sobre sus beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina una “ determinación de cobertura ”.

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

A continuación, presentamos algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitarnos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita una excepción, incluido lo siguiente:
 - Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
 - Solicitar la excepción en la restricción de cobertura para un medicamento del plan (como los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).
- Nos consulta si el medicamento está cubierto para usted y si cumple con los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de otorgarle la cobertura.)
 - *Para tener en cuenta:* Si en la farmacia le informan que su receta no puede surtirse tal como está escrita, recibirá un aviso por escrito que explique cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. Esta solicitud es para una decisión de cobertura sobre pagos.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y apelaciones. Utilice el siguiente cuadro para determinar qué parte contiene información para su situación:

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

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o necesita que desestimemos una regla o restricción en un medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura.) Comience en la Sección 7.2 de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con alguna de las reglas o restricciones del plan (como obtener la previa aprobación) para el medicamento que necesita?	Puede pedirnos una decisión de cobertura. Salte a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Desea pedirnos un reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó?	Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura.) Salte a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos por un medicamento en la manera que usted desea?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos la decisión.) Salte a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 **¿Qué es una excepción?**

Si un medicamento no está cubierto de la manera en que desea, puede solicitarnos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Es similar a otros tipos de decisiones de cobertura, dado que, si rechazamos su solicitud para una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional de la salud deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la aprobación de la excepción. Luego consideraremos su solicitud. A continuación, presentamos dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional de la salud pueden solicitarnos:

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

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no se encuentre en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar.)

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos suele llamarse una solicitud de “ excepción de la lista de medicamentos ”.
--

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no esté en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que aplica a medicamentos en el Nivel 1 para “otros medicamentos”. No puede solicitar una excepción en el monto de copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

- 2. Eliminar una restricción en nuestra cobertura para un medicamento cubierto.**

Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican en determinados medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento suele denominarse una solicitud de “ excepción del formulario ”.

- Las reglas o restricciones adicionales en la cobertura de determinados medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Requisito de uso de la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtención de aprobación previa del plan* antes de acordar la cobertura del medicamento para usted. (Esto suele denominarse “autorización previa”.)
 - *Requisito de prueba inicial de un medicamento diferente* antes de acordar la cobertura del medicamento que solicita (Esto suele denominarse “terapia escalonada”.)
 - *Límites de cantidad*. En algunos medicamentos se aplican restricciones en la cantidad que puede obtener.

Sección 7.3 Información importante sobre la solicitud de excepciones**Su médico debe informarnos las razones médicas**

Su médico u otro profesional de la salud debe enviarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional de la salud cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estas distintas posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es igual de efectivo que el medicamento que solicita y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos su solicitud para una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud para una excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta finalizar el año del plan. Esto se cumple siempre y cuando su médico continúe recetando su medicamento y dicho medicamento siga siendo seguro y efectivo para tratar su enfermedad.
- Si rechazamos su solicitud para una excepción, puede pedir la revisión de nuestra decisión mediante una apelación. La Sección 7.5 explica cómo presentar una apelación si respondemos que no.

La siguiente sección explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso por paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Solicite una decisión de cobertura respecto al medicamento o pago que necesita. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe pedirnos que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”. **No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró.**

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestra oficina para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional de la salud) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse*

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

- con nosotros cuando deba solicitar una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. O si nos pide que le devolvamos el dinero por un medicamento, consulte la sección *Dónde debe enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.**
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5 de este capítulo explica cómo otorgar a otra persona un permiso por escrito para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
 - **Si desea pedirnos que le devolvamos el dinero por un medicamento**, empiece leyendo el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las que podría pedir un reembolso. También le explica cómo enviarnos la documentación para solicitar la devolución de dinero por nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
 - **Si solicita una excepción, presente la “declaración de respaldo”.** Su médico u otro profesional de la salud debe enviarnos las razones médicas para la excepción del medicamento que solicita. (Esto se denomina la “declaración de respaldo”.) Su médico u otro profesional de la salud puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro profesional de la salud puede informarnos por teléfono y dar seguimiento con una declaración por escrito enviada por fax o correo, de ser necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepciones.
 - **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes enviadas en el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS o en el formulario de nuestro plan, que se encuentran disponibles en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión de cobertura rápida”

Términos legales
Una “decisión de cobertura rápida” se conoce como una “determinación de cobertura acelerada” .

- Cuando le informemos nuestra decisión, utilizaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos acordado utilizar plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le responderemos dentro de las 72 horas de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida

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

- significa que le responderemos dentro de las 24 horas de recibir la declaración de su médico.
- **Debe cumplir con dos requisitos para obtener una decisión de cobertura rápida:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita un medicamento que *todavía no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró.).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si utilizar los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad de funcionamiento*.
 - **Si su médico u otro profesional de la salud nos explica que su salud requiere de una “decisión de cobertura rápida”, accederemos automáticamente a darle dicha decisión.**
 - Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro profesional de la salud), determinaremos si su salud requiere que le demos dicha decisión.
 - Si decidimos que su enfermedad no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que así lo indique (y utilizaremos los plazos estándar).
 - Esta carta le explica que, si su médico u otro profesional de la salud solicita la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente dicha decisión.
 - Esta carta también le explica cómo puede presentar una queja sobre nuestra resolución de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le explica cómo presentar una queja “rápida” para recibir una respuesta a su queja dentro de las 24 horas de recibirla. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para apelaciones y decisiones de cobertura. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le respondemos.

Plazos para una decisión de cobertura “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos responderle **dentro de las 24 horas**.
 - Por lo general, esto significa dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le responderemos dentro de las 24 horas después de recibir la declaración que respalde su solicitud por

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

parte de su médico. Le responderemos antes si su salud nos lo requiere.

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente externa. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es positiva para todo o parte de lo solicitado,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos proveer dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración que respalde su solicitud por parte de su médico.
- **Si nuestra respuesta es negativa para todo o parte de lo solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique los motivos de nuestra decisión negativa. También le explicaremos cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre un medicamento que todavía no recibió

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos responderle **dentro de las 72 horas.**
 - Por lo general, esto significa dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le responderemos dentro de las 72 horas después de recibir la declaración que respalde su solicitud por parte de su médico. Le responderemos antes si su salud nos lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es positiva para todo o parte de lo solicitado:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proveer **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración que respalde su solicitud por parte de su médico.
- **Si nuestra respuesta es negativa para todo o parte de lo solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito que explique los motivos de nuestra decisión negativa. También le explicaremos cómo presentar una apelación.

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

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos responderle **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es positiva para todo o parte de lo solicitado**, también debemos enviarle el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para todo o parte de lo solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito que explique los motivos de nuestra decisión negativa. También le explicaremos cómo presentar una apelación.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nos negamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Esto significa que nos pide que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) la decisión que tomamos.

Sección 7.5

Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura realizada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D se denomina una “**redeterminación**” del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional de la salud) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo contactarnos por teléfono, fax, correo o nuestro sitio web para cualquier propósito relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección

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

llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D.*

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela cuando envíe la solicitud por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentarla por escrito o llamarnos al número de teléfono que se indica en el Capítulo 2, Sección 1 (Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D).**
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes enviadas en el Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con el plazo por una razón que lo justifique, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de razones que justifiquen el incumplimiento del plazo pueden incluir si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y añadir más datos.**
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro profesional de la salud pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

Términos legales
Una “apelación rápida” también se conoce como una “redeterminación acelerada”.

- Si apela a una decisión que tomamos acerca de un medicamento que todavía no recibió, usted y su médico u otro profesional de la salud deberán determinar si necesitan una “apelación rápida”.

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

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida” y se encuentran en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le respondemos.

- Al revisar su apelación, volvemos a analizar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando negamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico u otro profesional de la salud para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos responderle **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le responderemos antes si su salud lo requiere.
 - Si no respondemos dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para todo o parte de lo solicitado**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proveer dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para todo o parte de lo solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito que explique los motivos de nuestra decisión negativa y cómo apelar a nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos responderle **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación para un medicamento que todavía no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si todavía no ha recibido el medicamento y su enfermedad así lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una apelación “rápida”.
 - Si no le comunicamos la decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es positiva para todo o parte de lo solicitado:**

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

- Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proveer tan pronto como lo requiera su salud, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si aprobamos una solicitud de devolución de dinero por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa para todo o parte de lo solicitado, le enviaremos una declaración por escrito que explique los motivos de nuestra decisión negativa y cómo apelar a nuestra decisión.**
- Si solicita la devolución de dinero por un medicamento que ya compró, debemos responderle **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no le comunicamos la decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos sobre esta organización de revisión y le explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es positiva para todo o parte de lo solicitado, también debemos enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa para todo o parte de lo solicitado, le enviaremos una declaración por escrito que explique los motivos de nuestra decisión negativa. También le explicaremos cómo presentar una apelación.**

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si acepta esta decisión o continúa con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 7.6	Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2
--------------------	---

Si rechazamos su apelación, usted decide si acepta esta decisión o continúa con otra apelación. Si decide pasar a la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** analizará la decisión que tomamos cuando negamos su primera apelación. Esta organización determina si debemos cambiar la decisión que tomamos.

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

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la “Entidad de Revisión Independiente” . Suele llamarse la “IRE” (por sus siglas en inglés) .

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional de la salud) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le informarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, cuáles son los plazos que debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Si presenta una apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. Esta información se denomina el “expediente de su caso”, y **usted tiene derecho a pedirnos una copia de este**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.
- Tiene derecho a brindarle información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente analiza su apelación y le responde.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Es una empresa elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios de la Parte D con nosotros.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará sobre su decisión por escrito y le explicará sus razones.

Plazos para una apelación “rápida” en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Organización de Revisión Independiente.

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

- Si la organización de revisión acepta la “apelación rápida”, deberá responder a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta todo o parte de lo solicitado**, debemos proporcionar la cobertura del medicamento que aprobó esta organización **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de parte de la organización de revisión.

Plazos para una apelación “estándar” en el Nivel 2

- Si posee una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe responder a dicha apelación **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación en caso de que sea para un medicamento que todavía no recibió. Si solicita la devolución de dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta todo o parte de lo solicitado:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura del medicamento** que aprobó esta organización **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de parte de la organización de revisión.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de devolución de dinero por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de parte de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización *rechaza* su apelación, significa que la organización concuerda con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “ratificar la decisión”. También se conoce como “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “ratifica la decisión”, tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicite debe alcanzar un monto mínimo para presentar otra apelación en Nivel 3. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 será inapelable. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

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

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles acerca de cómo realizar esto se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o abogado litigante. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si cree que su médico le dará el alta demasiado pronto

Si se encuentra internado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su lesión o enfermedad. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de atención hospitalaria, incluida cualquier limitación en esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día que salga del hospital. También ayudarán a organizar la atención médica que podría necesitar cuando se vaya.

- El día que salga del hospital se conoce como su “**fecha de alta**”.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si cree que le darán el alta del hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y consideraremos su solicitud. Esta sección le explica cómo presentar la solicitud.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de parte de Medicare donde se explican sus derechos

Durante su hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare obtienen una copia de este aviso cada vez que son hospitalizadas. Dentro de los dos días después de ingresar al hospital, alguien (por ejemplo, un asistente social o

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

enfermero) debe entregarle este aviso. Si no lo recibe, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea cuidadosamente el aviso y haga preguntas si no lo entiende.** Se trata sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los siguientes:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a conocer estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su hospitalización y saber quién pagará por este servicio.
- Su derecho a conocer dónde puede manifestar las inquietudes que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar su decisión de alta si cree que le darán el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales

El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. La solicitud de una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar que se retrase su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (La siguiente Sección 8.2 le explica cómo puede solicitar una revisión inmediata.)

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar su recepción y comprensión de sus derechos.**

- Usted o alguien que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (La Sección 5 de este capítulo explica cómo otorgar a otra persona un permiso por escrito para que actúe como su representante.)
- La firma del aviso *so/lo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta (los encargados de informarle dicha fecha serán su médico o el personal del hospital). La firma del aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.

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

3. **Conserve su copia** del aviso firmado para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o cómo manifestar una inquietud sobre la calidad de atención) en caso de necesitarla.
 - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha en que salga del hospital, recibirá otra copia antes de programarse su alta.
 - Para obtener antes una copia de este aviso, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede leerlo en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Sección 8.2	Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta de hospital
--------------------	---

Si desea solicitarnos la cobertura de sus servicios de hospitalización durante más tiempo, debe utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Dada su importancia, asegúrese de entender y cumplir con los plazos aplicables a los pasos que debe seguir.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa de asistencia con los seguros médicos del estado, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica que su fecha de alta prevista sea médicamente adecuada para usted.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta de hospital. Debe actuar con rapidez.

Una “revisión rápida” también se conoce como una “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de la Calidad?

- Es una organización formada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud contratados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Esta organización está pagada por Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta de hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto.)

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad *antes* de salir del hospital y **no después de su fecha de alta prevista**. (Su “fecha de alta prevista” es la fecha establecida para salir del hospital.)
 - Si cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin tener que pagar por ello* mientras espera la decisión de su apelación por parte de la Organización de Mejoramiento de la Calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta prevista, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta prevista.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad respecto a su apelación, puede presentarla directamente al plan. Para obtener detalles sobre esta forma distinta de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar una “revisión rápida” de su alta a la Organización de Mejoramiento de la Calidad. La solicitud de una “revisión rápida” significa que

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

solicita a la organización que emplee los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de emplear los plazos estándar.

Términos legales

Una “**revisión rápida**” también se conoce como una “**revisión inmediata**” o una “**revisión acelerada**”.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y analizarán la información otorgada por el hospital y nosotros.
- Al mediodía del día siguiente de que los revisores nos informen sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito que indique su fecha de alta prevista y le explique de forma detallada las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que la fecha de su alta es correcta (médicamente adecuada) para usted.

Términos legales

Esta explicación por escrito se conoce como el “**Aviso de alta detallado**”. Puede obtener un modelo de este aviso llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) O puede leer un modelo del aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

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

Paso 3: Dentro de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de la Calidad responderá a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos seguir proporcionando la cobertura de sus servicios de hospitalización mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos en caso de aplicar). Además, es posible que haya limitaciones en la cobertura de sus servicios de hospitalización. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto.)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que su fecha de alta prevista es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios de hospitalización finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad responda a su apelación.
- Si esta organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba luego del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de la Calidad responda a su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su Apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista, entonces podrá presentar otra apelación. Si presenta otra apelación, esto significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta de hospital
--------------------	---

Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta prevista, entonces podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que vuelva a analizar la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta prevista.

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

Los siguientes pasos corresponden al Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Vuelve a contactar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha de finalización de su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un período de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día después de la fecha en la que la Organización de Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando la cobertura para su atención de hospitalización mientras sea médicamente necesaria.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión tomada respecto a su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un Juez de derecho administrativo o abogado litigante.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá determinar si desea continuar con su apelación en el Nivel 3.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, puede decidir si acepta esa decisión

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

o pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, la revisión de su apelación está a cargo de un Juez de derecho administrativo o abogado litigante.

- La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?

Puede apelar ante nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar con rapidez para contactar a la Organización de Mejoramiento de la Calidad a fin de iniciar su primera apelación del alta de hospital. (“Con rapidez” significa antes de salir del hospital y no después de su fecha de alta prevista.) Si no cumple con el plazo para comunicarse con la organización, tiene otra manera de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación serán diferentes.*

Paso por paso: Cómo presentar una Apelación alternativa de Nivel 1

Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, puede apelar ante nosotros con una solicitud de “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que emplea plazos rápidos en lugar de plazos estándar.

Términos legales

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se conoce como una “**apelación acelerada**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo contactarnos, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando realice una apelación acerca de su atención médica.*
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le respondamos con plazos “rápidos” en vez de plazos “estándar”.

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

Paso 2: Llevamos a cabo una revisión “rápida” de su fecha de alta prevista y verificamos que haya sido médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos que su fecha de alta prevista haya sido médicamente adecuada. También verificaremos que la decisión sobre la fecha de salida del hospital haya sido justa y se hayan seguido todas las reglas.
- En esta situación, emplearemos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para responder a su revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que todavía necesita estar en el hospital después de la fecha de alta y seguiremos proporcionando la cobertura de sus servicios de hospitalización mientras sean médicamente necesarios. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención médica que recibió a partir de la fecha en que indicamos que se terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.)
- **Si rechazamos su apelación rápida**, significa que su fecha de alta prevista fue médicamente adecuada. Nuestra cobertura por sus servicios de hospitalización finaliza el día del alta prevista.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta prevista, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de dicha fecha.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que hayamos seguido todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Al hacerlo, esto significa que la enviaremos *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso por paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** analiza la decisión que tomamos cuando negamos su “apelación rápida”. Esta organización determina si debemos cambiar la decisión que tomamos.

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

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es la **“Entidad de Revisión Independiente”**. Suele llamarse la **“IRE” (por sus siglas en inglés)**.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas de cuando le informemos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con este plazo o con otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo explica cómo presentar una queja.)

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le responden dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Es una empresa elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la Organización de Revisión Independiente. Por lo tanto, Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con la apelación de su alta de hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolver el dinero) por nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que recibió a partir de la fecha prevista de su alta. También debemos continuar con la cobertura del plan respecto a su atención de hospitalización mientras sea médicamente necesaria. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que podemos reembolsarle o el tiempo de cobertura por sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta prevista fue médicamente adecuada.
 - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar a la Apelación de Nivel 3, que está a cargo de un Juez de derecho administrativo o abogado litigante.

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

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2, existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si piensa que la cobertura termina demasiado pronto

<p>Sección 9.1</p>	<p><i>Esta sección aborda únicamente tres servicios:</i> Los servicios de atención médica en el hogar, los servicios de un centro de enfermería especializada y los servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)</p>
---------------------------	---

Esta sección abarca *únicamente* los siguientes tipos de atención:

- Los **servicios de atención médica en el hogar** que esté recibiendo
- Los servicios de un **centro de enfermería especializada** que esté recibiendo como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para obtener más información acerca de los requisitos para que la institución se considere como un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*.)
- La **atención de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor. (Para obtener más información acerca de este tipo de institución, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*.)

Cuando esté recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tendrá derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención siempre y cuando la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información acerca de los servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación que pueda aplicarse a la cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (qué se cubre)*.

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

Cuando decidamos que es el momento de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención que recibe, deberemos informárselo con anticipación. Cuando su cobertura para ese tipo de atención termine, *dejaremos de pagar su atención*.

Si piensa que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica los pasos que debe respetar para solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

- 1. Recibirá una notificación por escrito.** Recibirá una notificación por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
 - La notificación por escrito le indicará la fecha en la cual dejaremos de cubrir su atención.
 - La notificación por escrito también le indicará lo que puede hacer si desea solicitarle a nuestro plan que cambie esta decisión acerca de cuándo terminar su atención y que la siga cubriendo durante un período más extenso.

Términos legales

Al decirle lo que puede hacer, la notificación por escrito le indica cómo puede solicitar una **“apelación acelerada”**. La solicitud de una apelación acelerada es un recurso legal formal para solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura con respecto al momento en el cual terminaremos su atención. (La Sección 9.3 a continuación le indica los pasos que debe respetar para solicitar una apelación acelerada.)

La notificación por escrito se denomina **“Notificación de no cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede consultar una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

- 2. Debe firmar la notificación por escrito para demostrar que la recibió.**

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

- Usted o alguien que lo represente deberá firmar la notificación. (La Sección 5 indica cómo puede autorizar a otra persona por escrito para que se desempeñe como su representante.)
- La firma de la notificación *solo* demostrará que recibió la información acerca de cuándo terminará su cobertura. **Su firma no implica que esté de acuerdo** con el plan en que sea el momento de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo solicitar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más extenso
--------------------	--

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período más extenso, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Respete el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y respetar los plazos que corresponden a las cosas que debe hacer. También hay plazos que debe respetar nuestro plan. (Si piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo presentar una queja.)
- **Si lo necesita, solicite ayuda.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento llame a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O bien, llame al Programa de asistencia con los seguros médicos del estado, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante las Apelaciones de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisará su apelación y decidirá si se debe cambiar la decisión que tomó nuestro plan.

Paso 1: Realice su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización consta de un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan acerca de cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica.

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto.)

¿Qué debe solicitar?

- Solicítele a esta organización que realice una “apelación acelerada” (una revisión independiente) de si resulta médicamente adecuado que nosotros terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

El plazo límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación *antes del mediodía del día en el cual recibió la notificación por escrito que le indica que dejaremos de cubrir su atención.*
- Si omitió el plazo límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad con respecto a su apelación, puede apelar de manera directa a nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de realizar su apelación, consulte la Sección 9.5.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realizará una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los denominaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le haya suministrado nuestro plan.
- Al final del día los revisores nos informarán acerca de su apelación y también recibirá una notificación por escrito de parte nuestra en la cual le explicaremos en detalle los motivos que tenemos para finalizar la cobertura de los servicios.

Términos legales
Esta notificación de explicación se denomina “ Explicación detallada de la no cobertura ”.

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

Paso 3: Una vez que los revisores tengan toda la información que necesitan, le comunicarán la decisión que tomaron en el transcurso de un día completo.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **deberemos seguir suministrándole los servicios cubiertos mientras resulten médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, siempre que correspondan). Además, puede haber limitaciones en los servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* la apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que figura en la notificación.
- Si decide seguir recibiendo los servicios de atención médica en el hogar, los servicios del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en la cual termina su cobertura, **deberá pagar el costo completo** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decidirá si desea hacer otra apelación.

- La primera apelación que haga representará el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1 (y usted elige seguir recibiendo atención después de que su cobertura terminó) puede hacer otra apelación.
- La realización de otra apelación implica que usted pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo solicitar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más extenso
--------------------	--

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación y usted elige seguir recibiendo atención después de que su cobertura terminó, puede hacer una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, le solicitará a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a revisar la decisión que tomó con respecto a su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo completo de los servicios de atención médica en el hogar, los servicios del centro de enfermería especializada y los servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la cual le indicamos que terminaría la cobertura.

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

Aquí tiene los pasos necesarios para acceder al Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Vuelve a comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y solicita otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores al día en el cual la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión únicamente si siguió obteniendo atención después de la fecha en la cual finalizó la cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realizará una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión acerca de su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención que recibió desde la fecha en la cual le indicamos que terminaría su cobertura. **Deberemos continuar cubriendo** la atención mientras esta resulte médicamente necesaria.
- Deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen restricciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos con respecto a su Apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
- La notificación que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles acerca de cómo deberá proceder al próximo nivel de apelación, que será procesado por un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitrajes.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea llevar la apelación más adelante.

- Existen tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, lo que otorga un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan la Apelación de Nivel 2, puede elegir si desea aceptar esa decisión o seguir adelante hacia el Nivel 3 y hacer otra apelación. En el Nivel 3, la apelación

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

será revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitrajes.

- En la Sección 10 de este capítulo encontrará más información acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si omite el plazo límite para hacer su Apelación de Nivel 1?

Puede apelar en cambio ante nuestro plan

Como se explica con anterioridad en la Sección 9.3, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad con el objetivo de iniciar su primera apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si omite el plazo límite para comunicarse con esta organización, existe otra manera de hacer la apelación. Si utiliza esta otra manera de realizar la apelación, *los primeros dos niveles de apelación serán diferentes*.

Paso a paso: Cómo hacer una Apelación de Nivel 1 Alternativa

Si omite el plazo límite para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, puede realizar una apelación ante el plan, solicitándonos una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que utiliza los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Aquí tiene los pasos para realizar una Apelación de Nivel 1 Alternativa:

Términos legales

La revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación agilizada**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicítenos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles acerca de cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando desee hacer una apelación acerca de su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los plazos “estándar”.

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

Paso 2: Haremos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos acerca de cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volveremos a analizar toda la información que tenemos acerca de su caso. Verificaremos si respetamos todas las reglas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura de los servicios que estaba recibiendo en virtud del plan.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para darle la respuesta a la cual lleguemos con esta revisión.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de que realicemos la “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que estuvimos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo y seguiremos suministrándole los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte del costo de la atención que recibió desde la fecha en la cual le indicamos que terminaría su cobertura. (Deberá pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen restricciones a la cobertura.)
- **Si rechazamos su apelación rápida**, la cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo los servicios de atención médica en el hogar, los servicios del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la cual le indicamos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo completo** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para garantizar que hayamos respetado todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar la apelación a la “Organización de revisión independiente”**. Cuando lo hagamos, significará que pasó *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación de Nivel 2 *Alternativa*

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisará la decisión que tomamos cuando rechazamos su

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

“apelación rápida”. Esta organización decide si deberíamos cambiar la decisión que tomamos.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de revisión independiente” es “ Entidad de revisión independiente ”. En ocasiones se denomina “ IRE ”, por las siglas en inglés.

Paso 1: Reenviaremos su caso de manera automática a la Organización de revisión independiente.

- Tenemos la obligación de enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a nuestro rechazo para su primera apelación. (Si piensa que no estamos cumpliendo con este plazo o con cualquier otro, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 11 de este capítulo le indica cómo hacer una queja.)

Paso 2: La Organización de revisión independiente realizará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de las 72 horas posteriores.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está vinculada con nuestro plan y no constituye un organismo del gobierno. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para procesar el trabajo de ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación,** deberemos reembolsarle (devolverle el pago) de nuestra parte del costo de la atención que recibió desde la fecha en la cual le indicamos que terminaría su cobertura. También deberemos continuar cubriendo la atención mientras esta resulte médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones a la cobertura, estas podrían limitar el monto que le reembolsemos o durante cuánto tiempo continuemos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan acerca de su primera apelación y que no la cambiarán.

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

- La notificación que recibirá de la Organización de revisión independiente le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará detalles acerca de cómo continuar con una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea llevar la apelación más adelante.

- Existen tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, lo que otorga un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan la Apelación de Nivel 2, puede elegir si desea aceptar esa decisión o seguir adelante hacia el Nivel 3 y hacer otra apelación. En el Nivel 3, la apelación será revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado de arbitrajes.
- En la Sección 10 de este capítulo encontrará más información acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y subsiguientes

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las Apelaciones por servicios médicos

Esta sección puede corresponder si hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del elemento o servicio médico que apeló cumple con determinados niveles mínimos, quizás pueda acceder a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor al nivel mínimo, no podrá realizar más apelaciones. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayor parte de las situaciones que involucren apelaciones, los últimos tres niveles del trabajo de apelación funcionan de una manera bastante similar. Aquí le indicamos quién procesa la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (denominado juez de derecho administrativo) o un abogado de arbitrajes que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado de arbitrajes acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.** Tenemos la posibilidad de decidir si deseamos apelar esta decisión en el Nivel 4. A

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

diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que resulte favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, deberemos autorizar o proporcionar los servicios dentro de los 60 días calendario después de la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o abogado de arbitrajes.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con cualquier documento acompañante. Es posible que esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o suministrar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado de arbitrajes rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, podrá continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o abogado de arbitrajes rechaza su apelación, la notificación que recibirá le indicará lo que debe hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.** Tenemos la posibilidad de decidir si deseamos apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que resulte favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, deberemos autorizar o proporcionar los servicios dentro de los 60 días calendario después de la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede terminar o no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las reglas le permiten acceder a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten seguir adelante, la

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

notificación por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer después si elige continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal del distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para las Apelaciones por medicamentos de la Parte D

Esta sección puede corresponder si hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló cumple con determinado monto en dólares, quizás pueda acceder a niveles de apelación adicionales. Si el monto en dólares es menor, no podrá realizar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayor parte de las situaciones que involucren apelaciones, los últimos tres niveles del trabajo de apelación funcionan de una manera bastante similar. Aquí le indicamos quién procesa la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (denominado juez de derecho administrativo) o un abogado de arbitrajes que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Deberemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobado por el juez de derecho administrativo o abogado de arbitrajes **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones agilizadas) o realizar el pago antes de que transcurran 30 días calendario** después de que hayamos recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede terminar o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, podrá continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o abogado de arbitrajes rechaza su apelación, la notificación que recibirá le indicará lo que debe hacer a continuación si elige continuar con su apelación.

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

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobado por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones agilizadas) o realizar el pago antes de que transcurran 30 días calendario** después de que hayamos recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede terminar o no.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, la notificación que reciba le indicará si las reglas le permiten acceder a una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten seguir adelante, la notificación por escrito también le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer después si elige continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal del distrito federal revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo realizar reclamos acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes



Si su problema es acerca de decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es para usted*. En cambio, debe utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Diríjase a la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas aborda el proceso de quejas?

Esta sección explica cómo utilizar el proceso para realizar quejas. El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de quejas. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente

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

que usted recibe. Aquí tiene algunos ejemplos de los tipos de problemas que aborda el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”

Quejas	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> ¿Está descontento con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de la privacidad	<ul style="list-style-type: none"> ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información acerca suyo que considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó el respeto? ¿Está descontento con la forma en que lo trató el personal de los Servicios para Miembros? ¿Siente que está siendo alentado para que abandone el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene dificultades para obtener citas o debe esperar demasiado tiempo para acceder a ellas? ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O lo ha hecho esperar demasiado el personal de los Servicios para Miembros o de otras áreas del plan? <ul style="list-style-type: none"> Algunos ejemplos incluyen las esperas prolongadas en el teléfono, en la sala de espera, cuando obtiene una receta o en la sala de examen.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> ¿Está descontento con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> ¿Considera que no le suministramos una notificación que debíamos brindarle? ¿Piensa que la información escrita que le suministramos es difícil de comprender?

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

Quejas	Ejemplo
<p>Puntualidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>El proceso para solicitar una decisión de cobertura y para realizar apelaciones se explica en las secciones 4 a 10 de este capítulo. Si debe solicitar una decisión o realizar una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas.</p> <p>No obstante, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o realizó una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la rapidez suficiente, también puede realizar una queja acerca de nuestra lentitud. Aquí tiene algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos solicitó que le suministremos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le dijimos que no lo haremos, puede realizar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para suministrarle una decisión de cobertura o una respuesta a una apelación que hizo, puede realizar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se nos indica que debemos cubrirle o reembolsarle determinados servicios médicos o medicamentos, hay plazos que debemos respetar. Si piensa que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede realizar una queja. • Cuando no le suministramos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede realizar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal que se utiliza para “hacer una queja” es “presentar un reclamo”

Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina como **“queja”** también se conoce como **“reclamo”**.
- Otro término para **“hacer una queja”** es **“presentar un reclamo”**.
- Otra manera de decir **“usando el proceso para quejas”** es **“usando el proceso para presentar un reclamo”**.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo hacer una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato; ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a los Servicios para Miembros.** Si hay algo más que deba hacer, los Servicios para Miembros se lo informarán. Llame sin cargo al (833) 276-8306, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no estuvo satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla.** Si pone su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- **Puede presentar una queja al enviar los detalles complejos por escritos a Community Health Choice (HMO D-SNP) a la siguiente ubicación:**

ATTN: Departamento de reclamos

2636 South Loop West, Suite 125

Houston, TX 77054

- La queja debe presentarse dentro de los sesenta (60) días posteriores a la ocurrencia del evento o incidente. Debemos completar la investigación de su reclamo con tanta agilidad como lo exija su caso de acuerdo con su

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

estado de salud, pero no debemos tardar más de treinta (30) días desde la recepción de la queja. Podemos extender el marco de tiempo para decidir acerca de un reclamo en hasta catorce (14) días si usted solicita la extensión, o si justificamos una necesidad de información adicional y documentamos que la demora es lo mejor para usted.

- Tiene derecho a presentar un reclamo agilizado cada vez que tomemos una decisión que no le conceda la solicitud de agilizar su solicitud de un servicio o de un medicamento, o bien; su apelación por un servicio o un medicamento. También tiene derecho a presentar un reclamo agilizado si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el tiempo necesario para tomar una decisión acerca de su solicitud de un servicio o su apelación en relación con un servicio. En el caso de los reclamos agilizados, deberemos decidir en el transcurso de veinticuatro (24) horas si nuestra decisión de negar una decisión agilizada o el retraso en la toma de esa decisión pone en riesgo su vida o su salud y también debemos notificarle nuestra decisión antes de que transcurran 24 horas de la recepción del reclamo. Cuando se exige una notificación por escrito para los reclamos agilizados, podemos proporcionar inicialmente una notificación verbal de nuestra decisión y debemos suministrar la confirmación por escrito de nuestra decisión dentro de los 3 días calendario de la realización de la notificación verbal.
- La notificación de resolución del reclamo proporcionará una explicación de nuestra investigación y le informará acerca de cualquier opción que tenga para la resolución de las disputas.
- **Ya sea que elija llamar o escribir, debe comunicarse de inmediato con los Servicios para Miembros.** La queja debe realizarse dentro de los 60 días calendario después de que haya tenido el problema acerca del cual desea quejarse.
- **Si realiza una queja porque denegamos su solicitud para tomar una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le suministraremos automáticamente una queja “rápida”.** Si tiene una queja “rápida”, esto significa que le suministraremos **una respuesta dentro de las 24 horas siguientes.**

Términos legales
Lo que en esta sección se denomina como “queja rápida” también se conoce como “reclamo agilizado” .

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

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para realizar una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada telefónica. Si su afección médica exige que le respondamos con rapidez, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su beneficio o si le solicitamos más tiempo, podremos tomarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con alguna parte de su queja, con toda su queja o no aceptamos la responsabilidad del problema acerca del cual trata su queja, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá los motivos que la respaldan. Debemos responderle independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección 11.4	También puede realizar quejas acerca de la calidad de la atención ante la Organización para la mejora de la calidad
---------------------	--

Puede realizar presentarnos la queja acerca de la calidad de la atención que recibió mediante el uso del proceso paso a paso que se describe con anterioridad.

Cuando su queja sea acerca de la *calidad de la atención*, también tendrá dos opciones adicionales:

- **Puede realizar la queja ante la Organización para la mejora de la calidad.** Si lo prefiere, puede realizar la queja acerca de la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* hacernos la queja a nosotros).
 - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica solventados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención suministrada a los pacientes de Medicare.
 - Para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si realiza una queja ante esta organización, trabajaremos en conjunto con ellos para resolverla.
- **O bien, puede realizar su queja ante ambos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede realizar la queja acerca de la calidad de la atención tanto ante nosotros como ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 11.5 También puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja acerca de Community Health Choice (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o alguna inquietud, o si siente que el plan no está abordando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TTD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS ACERCA DE SUS BENEFICIOS EN VIRTUD DE MEDICAID**SECCIÓN 12 Manejo de problemas acerca de sus beneficios en virtud de Medicaid**

Con su elegibilidad para Medicare y Medicaid, es posible que el programa de la Comisión de servicios humanos y de salud de Medicaid del estado de Texas (Medicaid) también cubra algunos de los servicios de su plan de salud. En consecuencia, si considera que rechazamos de manera incorrecta su solicitud para acceder a un servicio o el pago por un servicio, es posible que también tenga derecho a solicitarle al programa Medicaid de Texas que pague los servicios. También puede tener apelaciones y reclamos relacionados con los servicios cubiertos por Medicaid. Comuníquese con los Servicios Humanos y de Salud de Texas para analizar cualquier problema relacionado con sus beneficios en virtud de Medicaid. La información de contacto de los Servicios Humanos y de Salud de Texas se encuentra en el Capítulo 2 (Números de teléfono y recursos importantes).

CAPÍTULO 10

*Finalización de su membresía
en el plan*

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	2485
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la finalización de su membresía en nuestro plan	2485
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	2485
Sección 2.1	Quizás pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid	2485
Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual.....	2496
Sección 2.3	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.....	25047
Sección 2.4	En determinadas situaciones, podrá finalizar su membresía durante un período de inscripción especial	2251
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía?	2530
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	253
Sección 3.1	Por lo general, finalizará su membresía al inscribirse en otro plan.....	2530
SECCIÓN 4	Hasta que su membresía finalice, deberá seguir obteniendo los servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan.....	2552
Sección 4.1	Hasta que su membresía finalice, seguirá siendo miembro de nuestro plan	2552
SECCIÓN 5	Community Health Choice (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	2552
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?	2552
Sección 5.2	<u>No podemos</u> solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	2563
Sección 5.3	Tiene derecho a realizar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	2574

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en la finalización de su membresía en nuestro plan
--------------------	---

La finalización de su membresía en Community Health Choice (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (de su propia elección) o **involuntaria** (no elegida por usted):

- Es posible que abandone nuestro plan porque decidió que *desea* abandonarlo.
 - Hay determinados momentos durante el año, o determinadas situaciones, en los cuales puede finalizar su membresía en el plan de manera voluntaria. En la Sección 2 se explica cuándo puede finalizar su membresía en el plan. La Sección 2 le brinda información acerca de los tipos de planes en los cuales puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en la cobertura nueva.
 - El proceso para la finalización voluntaria de su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. En la Sección 3 se explica *cómo* debe finalizar su membresía en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las cuales no elegirá abandonar el plan, sino que nos veremos obligados a finalizar su membresía. En la Sección 5 se le informa acerca de las situaciones en las cuales deberemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, deberá continuar obteniendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que su membresía finalice.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Puede finalizar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, que se conocen como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, es posible que también sea elegible para abandonar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1	Quizás pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid
--------------------	---

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden finalizar su membresía únicamente durante determinados momentos del año. Como tiene Medicaid, quizás pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes períodos de inscripción especiales:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar hasta el próximo período para finalizar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No puede utilizar este período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. No obstante, todas las personas que tienen Medicare pueden realizar cambios entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, durante el período de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información acerca del período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un plan nuevo, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados.)
 - Original Medicare *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare
 - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si elimina su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos recetados “acreditable” durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más tarde. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.)

Comuníquese con su oficina de Medicaid del estado para obtener información acerca de las opciones de planes que tiene Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambiar de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual
--------------------	---

Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción anual (también conocido como el “período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el cual

debe revisar su cobertura de salud y medicamentos para tomar una decisión con respecto a la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Esto ocurre desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción anual?** Puede optar por conservar su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un plan nuevo, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados.)
 - Original Medicare *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare
 - *u* – Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

Si recibe “ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si elimina su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más tarde. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura del nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3	Puede finalizar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	---

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Esto ocurre todos los años desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este período, puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados.)
 - Elimine la inscripción de nuestro plan y obtenga la cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, tendrá hasta el 31 de marzo para unirse a un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare para añadir la cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o nosotros recibamos su solicitud de cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En determinadas situaciones, podrá finalizar su membresía durante un período de inscripción especial
--------------------	---

En determinadas situaciones, quizás sea elegible para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como un **período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para acceder a un período de inscripción especial?**
Si alguna de las siguientes situaciones se aplican a usted, quizás sea elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial. Estos solo son ejemplos, para obtener la lista completa puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - Por lo general, cuando se haya mudado
 - Si tiene Medicaid
 - Si es elegible para acceder a la “ayuda adicional” con el pago de los medicamentos recetados de Medicare
 - Si nosotros infringimos el contrato que tenemos con usted
 - Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (long-term care, LTC)
 - **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10 se brinda más información acerca de los programas de administración de medicamentos.
 - Si se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

Nota: En la Sección 2.1 se brinda más información acerca del período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid.

- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción especial varían de acuerdo con su situación.
- **¿Qué puede hacer usted?** Para averiguar si es elegible para acceder a un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no cubra los medicamentos recetados.)
 - Original Medicare *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare
 - *u* – Original Medicare *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

Si recibe “ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si elimina su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

(Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.) Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que se reciba su solicitud de cambiar de plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2 se brinda más información acerca del período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid y reciben ayuda adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desearía obtener más información acerca de cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar a los Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y usted 2020**.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada año en el otoño. Quienes sean nuevos en Medicare la recibirán dentro de un mes después de inscribirse.
 - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar una copia impresa al llamar a Medicare al número que figura a continuación.
- (Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, finalizará su membresía al inscribirse en otro plan

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente deberá inscribirse en otro plan de Medicare. No obstante, si desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare pero no seleccionó un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, deberá solicitar que eliminemos su inscripción a nuestro plan. Puede solicitarnos que eliminemos su inscripción de dos formas:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con los Servicios para Miembros si necesita más información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- --o bien-- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La tabla a continuación le explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a: Esto es lo que debe hacer:	
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Cuando comience la cobertura del nuevo plan, se eliminará automáticamente su inscripción a Community Health Choice (HMO D-SNP).
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>con</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Cuando comience la cobertura del nuevo plan, se eliminará automáticamente su inscripción a Community Health Choice (HMO D-SNP).
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>sin</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare<ul style="list-style-type: none">Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.Si elimina su inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se une a un plan de medicamentos de Medicare más tarde.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud por escrito para eliminar su inscripción. Comuníquese con los Servicios para Miembros si necesita más información acerca de cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se elimine su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Cuando comience la cobertura de Original Medicare, se eliminará automáticamente su inscripción a Community Health Choice (HMO D-SNP).

Si tiene preguntas acerca de sus beneficios en virtud de *Medicaid*, comuníquese con *Medicaid*, al número gratuito (877) 541-7905. Los usuarios de TTY deben marcar 711. La atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. También puede

comunicarse sin cargo con el Programa del seguro de salud del estado para Texas - Programa de asesoramiento y defensa de la información sobre la salud (HICAP) al (800) 252-9240; los usuarios de TTY deben marcar 711. Pregunte de qué manera se verá afectada la forma de obtener la cobertura de Medicaid cuando se una a otro plan o regrese a Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que su membresía finalice, deberá seguir obteniendo los servicios médicos y los medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta que su membresía finalice, seguirá siendo miembro de nuestro plan
--------------------	--

Si abandona Community Health Choice (HMO D-SNP), puede transcurrir un tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigencia la nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información acerca del momento en el cual comenzará la nueva cobertura.) Durante este período deberá continuar obteniendo la atención médica y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Por lo general, los medicamentos recetados solo se cubren si se surten en una farmacia de la red: incluso a través de nuestros servicios de farmacia con entrega por correo.
- **Si está hospitalizado el día en el cual finaliza su membresía, por lo general nuestro plan cubrirá la internación hasta que reciba el alta** (incluso si recibe el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Community Health Choice (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?
--------------------	---

Community Health Choice (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de las siguientes cosas:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para acceder a Medicaid. Como se establece en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para las personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Tendrá noventa días para recuperar el estado necesario de Medicaid, una vez transcurridos los noventa días, si no tiene el estado necesario de Medicaid de QMB únicamente o QMB Plus, su membresía finalizará.

- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a los Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al cual se muda o viaja está dentro el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)
- Si resulta encarcelado (si va preso)
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra en los Estados Unidos de manera legal
- Si miente o retiene información acerca de otro seguro que le proporcione cobertura de medicamentos recetados
- Si nos brinda información incorrecta de manera intencional cuando se esté inscribiendo a nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para acceder al plan. (No podemos obligarlo a que abandone el plan por este motivo, a menos que obtengamos la autorización de Medicare en primer lugar.)
- Si se comporta continuamente de manera perjudicial y eso nos dificulta la tarea de suministrarle atención médica tanto a usted como a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a que abandone el plan por este motivo, a menos que obtengamos la autorización de Medicare en primer lugar.)
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a que abandone el plan por este motivo, a menos que obtengamos la autorización de Medicare en primer lugar.)
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede ocuparse de que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Tiene la obligación de pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare eliminará su inscripción a nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desearía obtener más información acerca de cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar a los **Servicios para Miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2	<u>No podemos</u> solicitarle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	---

No se permite que Community Health Choice (HMO D-SNP) le solicite que abandone el plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto ocurre?

Si siente que se le está solicitando que abandone nuestro plan debido a un motivo relacionado con su salud, debe comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a realizar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos que tenemos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o realizar una queja acerca de nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9, Sección 11 para obtener información acerca de cómo realizar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso acerca de la legislación vigente	26057
SECCIÓN 2	Aviso acerca de la no discriminación.....	26057
SECCIÓN 3	Aviso acerca de los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario.....	26158

SECCIÓN 1 Aviso acerca de la legislación vigente

Existen muchas leyes que se aplican a esta *Evidencia de Cobertura*, y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales debido a que son obligatorias de acuerdo con la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas en virtud de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el cual vive.

SECCIÓN 2 Aviso acerca de la no discriminación

Nuestro plan debe obedecer las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **Nosotros no discriminamos** sobre la base de la raza, el origen étnico, el origen nacional, el color, la religión, el sexo, el género, la edad, la discapacidad mental o física, el estado de salud, la experiencia de reclamaciones, los antecedentes médicos, la información genética, la evidencia de asegurabilidad o la ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proporcionan planes Medicare Advantage, como el nuestro, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Asequible, todas las demás leyes que se apliquen a las organizaciones que obtienen financiación federal y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

La Sección 1557, la disposición de no discriminación de la Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act, ACA), hace que sea ilegal que cualquier proveedor de atención médica que reciba financiación del gobierno federal se niegue a tratar a un individuo (o que discrimine de otra manera a un individuo) sobre la base de su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. La Sección 1557 impone requisitos similares a los emisores de seguros de salud que reciben asistencia financiera federal. Se prohíbe, entre otras cosas, que los proveedores de atención médica y los aseguradores excluyan o traten de manera adversa a un individuo debido a cualquiera de estos fundamentos prohibidos. La regla final de la Sección 1557 se aplica a los receptores de asistencia financiera del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS), los Mercados de Seguros Médicos y los programas de salud administrados por el HHS.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes acerca de la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697), consulte el sitio web www.hhs.gov/ocr o diríjase a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, los Servicios para Miembros pueden ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso acerca de los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no se considere como el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS que figuran en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Secciones 422.108 y 423.462, Community Health Choice (HMO D-SNP), como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría en virtud de las reglamentaciones de los CMS que figuran en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y los reglamentos establecidos en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya internación esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es algo que puede hacer si está en desacuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud para la cobertura de servicios de atención médica, medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede realizar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de interrumpir servicios que esté recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, elemento o servicio que usted considere que debería poder recibir. En el Capítulo 9 se explican las apelaciones, incluido el proceso involucrado en la realización de una apelación.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente más que el monto de costo compartido que permite el plan. Como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP), solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando recibe los servicios cubiertos por el plan. Si recibe una factura de un proveedor, comuníquese con los Servicios para Miembros al número que figura en la contraportada de este folleto.

Período de beneficios: la forma en la cual tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y del centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comenzará el día en el cual ingrese a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios terminará cuando no haya recibido ninguna atención de internación hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días corridos. Si va al hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comenzará un período de beneficios nuevo. La cantidad de períodos de beneficios que puede tener no tiene límite.

Medicamento de marca: un medicamento recetado que es fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que investigó y desarrolló el medicamento originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principios activos que sus versiones genéricas. No obstante, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y en general, no están disponibles hasta que se produce el vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura contra catástrofes: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la cual no paga ningún copago ni coseguro por los medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$6350 en medicamentos cubiertos durante el año.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra a Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: un monto que puede tener que pagar como su parte del costo por los servicios o los medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible que corresponda. El coseguro, por lo general, es un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Queja: el nombre formal que se utiliza para “hacer una queja” es “presentar un reclamo”. El proceso de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de quejas. Esto incluye los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Consulte también “Reclamo”, en esta lista de definiciones.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o una lesión, y ofrece una variedad de servicios, entre los cuales se incluyen la fisioterapia, los servicios sociales o psicológicos, la terapia respiratoria, la terapia ocupacional, los servicios para patologías del habla y del lenguaje y los servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago (o “pago compartido”): un monto que puede tener que pagar como su parte del costo de un servicio o insumo médico, como una visita al médico, una visita hospitalaria para pacientes ambulatorios o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, es posible que deba pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Costo compartido: el costo compartido hace referencia a los montos que tiene que pagar un miembro cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) cualquier monto de deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier “copago” fijo que exija un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o un medicamento que exige un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Puede aplicarse una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes y se exija que usted pague un copago.

Determinación de cobertura: una decisión acerca de si un medicamento recetado estará cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que deberá pagar por la receta. En general, si trae su receta a una farmacia y la farmacia le indica que la receta no está cubierta en virtud del plan, eso no representa una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir al plan y solicitar que se tome una decisión formal acerca de la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan como “decisiones de cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9 se explica cómo puede solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios e insumos de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: una cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando obtienen la elegibilidad para Medicare, generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, en caso de que decidan inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cuidado de custodia: el cuidado de custodia es el cuidado personal suministrado en un hogar de ancianos, hospicio u otro entorno de institución cuando no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es un cuidado personal que puede ser suministrado por personas que no tienen habilidades ni capacitación profesionales, como por ejemplo, la ayuda con las actividades de la vida diaria como el baño, la vestimenta, la alimentación, el ingreso a una cama o silla o la salida de estas, el movimiento de un lado al otro y el uso del baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayor parte de las personas hacen solas, como el uso de gotas oculares. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Tasa de costo compartido diario: puede aplicarse una “tasa de costo compartido diario” cuando su médico le recete un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes y se exija que usted pague un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días que hay en un suministro mensual. Aquí tiene un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para todo el mes es de \$30, y el suministro para un mes en su plan es de 30 días, la “tasa de costo compartido” será de \$1 por día. Esto significa que pagará \$1 por el suministro de cada día cuando surta su receta.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o las recetas antes de que comience a pagar nuestro plan.

Eliminación de la inscripción: el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La eliminación de la inscripción puede ser voluntaria (su propia elección) o involuntaria (no depende de su elección).

Tarifa de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que se suministra un medicamento, para pagar el costo del surtido de una receta. La tarifa de suministro cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empacar la receta.

Individuo con elegibilidad doble: una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): determinados equipos médicos que son solicitados por su médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, insumos para diabéticos, bombas de infusión IV, dispositivos de generación del habla, equipos para quienes requieren oxígeno, nebulizadores o camas hospitalarias pedidas por un proveedor para el uso en el hogar.

Emergencia: se entiende que tiene una “emergencia médica” cuando usted, o cualquier otra persona común, prudente y con conocimientos promedio de salud y medicina considera que tiene síntomas médicos que exigen atención médica inmediata para evitar la pérdida de su vida, de una extremidad o del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeore con rapidez.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) prestados por un proveedor calificado para suministrar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, en conjunto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, anexo u otra cobertura opcional seleccionada, que explique su cobertura, lo que debemos hacer, los derechos que usted tiene y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de la cobertura que, en caso de aprobarse, le permitiría obtener un medicamento que no figura en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted solicita (una excepción al formulario).

Ayuda adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas que tienen ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Reclamo: un tipo de queja que usted realiza acerca de nosotros o de las farmacias, incluida una queja acerca de la calidad de la atención que recibió. Este tipo de queja no incluye disputas de cobertura ni de pago.

Asistencia médica en el hogar: los asistentes médicos en el hogar proporcionan servicios que no exigen las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el sanitario, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los asistentes médicos en el hogar no tienen una licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Hospicio: los miembros a los cuales les quedan 6 meses de vida o menos, tienen derecho a elegir ser atendidos en un hospicio. Nosotros, como su plan, debemos suministrarle una lista de los hospicios que se encuentran en su área geográfica. Si elige ser atendido en un hospicio y sigue pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, como también los beneficios complementarios que ofrecemos. El hospicio le proporcionará el tratamiento especial para su estado de salud.

Internación en hospital: una internación en hospital cuando fue internado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante una noche, es posible que aún se lo considere como “paciente ambulatorio”.

Ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados informados en la declaración de impuestos ante el IRS de hace 2 años es superior a determinado monto, deberá pagar el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare están afectadas, por lo cual la mayoría de las personas no pagarán una prima superior.

Límite de cobertura inicial: el límite de cobertura máximo en virtud de la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa anterior a que sus gastos anuales de bolsillo alcancen la suma de \$6350.

Período de inscripción inicial: Cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período en el cual puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial será el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el cual cumple los 65 años, incluirá el mes en el cual cumple los 65 años y terminará 3 meses después del mes en el cual cumple los 65 años.

Plan institucional para necesidades especiales (SNP): un plan para necesidades especiales que inscribe a individuos elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir a centros de enfermería especializada (SNF); centros de enfermería (NF); (SNF/NF); centros de atención intermedia para personas con retraso mental (intermediate care facility for the mentally

retarded, ICF/MR) o instituciones psiquiátricas de internación. Un plan institucional para necesidades especiales que desee prestar servicios a residentes de centros de LTC que tengan Medicare debe tener un arreglo contractual (o ser propietario y administrador) con los centros de LTC específicos.

Plan institucional equivalente para necesidades especiales (SNP): un plan institucional para necesidades especiales que inscribe a individuos elegibles que viven en la comunidad pero requieren un nivel de atención institucional de acuerdo con la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación del nivel de atención correspondiente del estado y ser administrada por una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a los individuos que residen en un centro asistencial (ALF) contratado, si resulta necesario para garantizar el suministro uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de los medicamentos recetados que están cubiertos por el plan. Los medicamentos que figuran en esta lista fueron seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Subsidio por ingresos bajos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Monto máximo de gastos de bolsillo: el máximo que pagará por gastos de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, como también por los medicamentos recetados no se contabilizan en relación con el monto máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para obtener asistencia con el costo compartido de Medicare en virtud de Medicaid, no será responsable de ningún monto de gastos de bolsillo en relación con el monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Como nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de gastos de bolsillo.) Consulte el Capítulo 4, Sección 1, 1.5 para obtener información acerca de su monto máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o asistencia médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas que tienen ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de la atención médica estarán cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información acerca de cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médicamente aceptada: El uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Medicamento necesario: los servicios, insumos o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con estándares de práctica médica aceptados.

Medicare: el programa del seguro médico federal para personas mayores de 65 años de edad, algunas personas menores de 65 años de edad que tienen determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellas que tienen insuficiencia renal permanente y requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan de costos de Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA): en ocasiones, se denomina como la Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un plan de Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), un plan de Organización de proveedores preferidos, (Preferred Provider Organization, PPO), un plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de cuentas de ahorros médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Cuando está inscripto en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare se cubren a través del plan y no se pagan en virtud de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura de medicamentos recetados) de Medicare. Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para unirse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas que tienen enfermedad renal terminal (a menos que correspondan determinadas excepciones).

Programa de descuentos del intervalo de cobertura de Medicare: un programa que proporciona descuentos para los medicamentos de marca de la Parte D más cubiertos a los miembros de la Parte D que alcanzaron la Etapa del intervalo de cobertura y que de por sí no reciben “ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca (aunque no todos) tienen descuentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: los planes de salud de Medicare son ofrecidos por empresas privadas que establecen contratos con Medicare para proporcionarles beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas que tienen Medicare y se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los programas de demostración/piloto y los Programas de Cuidado Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos insumos para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza de “Medigap” (Seguro Suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare vendido por empresas aseguradoras privadas para cubrir “intervalos” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap.)

Miembro (Miembro de nuestro plan o “Miembro del plan”): una persona que tiene Medicare y es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan que es responsable de responder sus preguntas acerca de la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con los Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia en la cual los miembros de nuestro plan pueden acceder a sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos como “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas se cubrirán únicamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago completo, y en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red de acuerdo con los contratos que tenga con los proveedores o si los proveedores aceptan suministrarle los servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también pueden denominarse como “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage hace una determinación de la organización cuando toma una decisión con respecto a los elementos o servicios cubiertos o al monto de deberá pagar por los elementos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan como “decisiones de cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9 se explica cómo puede solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno, no por un plan de salud privado como los planes

Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de los montos establecidos por el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Deberá pagar el deducible correspondiente. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted pagará la suya. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (Seguro hospitalario) y la Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayor parte de los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red no estarán cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: un proveedor o un centro con el cual no hemos llegado a un acuerdo para que coordine o proporcione servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados por nuestro plan, no son propiedad de nuestro plan, no son operados por nuestro plan y no establecieron un contrato para prestarle servicios cubiertos. El uso de los proveedores o los centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de “costo compartido” que figura con anterioridad. El requisito de costo compartido de los miembros que indica que deben pagar una parte de los servicios o los medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de gasto “de bolsillo”.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cuidado Integral para Personas de la Tercera Edad) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles, con el objetivo de ayudarlas a mantener su independencia y su forma de vida en la comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) durante el mayor tiempo posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes PACE reciben sus beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para que la relación resulte más fácil, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D.)

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos en virtud de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D como podemos no hacerlo. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de los medicamentos

cubiertos.) Determinadas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso de la cobertura como medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se añade a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si se mantiene sin una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Pagará este monto más elevado mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de los medicamentos recetados, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

Si alguna vez pierde su subsidio por ingresos bajos (“Ayuda adicional”), quedará sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez estuvo sin cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más.

Plan de Organización de proveedor preferido (PPO): un plan de Organización de proveedor preferido es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que aceptaron tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. El costo compartido que pagarán los miembros por lo general será más alto cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual sobre los gastos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en los gastos de bolsillo combinados totales para los servicios brindados tanto por proveedores dentro de la red (preferidos) como por proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, una empresa aseguradora o un plan de atención médica para la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al cual consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud. Este proveedor se asegura de que obtenga la atención que necesita para mantenerse sano. Es posible que hable con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y que lo remita a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener información acerca de los proveedores de atención primaria.

Autorización previa: aprobación anticipada para obtener servicios y determinados medicamentos que pueden estar en nuestro formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios que figura en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos únicamente si su médico u otro

proveedor de la red obtiene nuestra “autorización previa”. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y órtesis: estos son dispositivos médicos pedidos por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los elementos cubiertos se incluyen, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los insumos para ostomía y la terapia con nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad: una Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica solventados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención suministrada a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Límites de cantidad: una herramienta de administración que fue diseñada para limitar el uso de medicamentos selectos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden imponerse sobre el monto del medicamento que cubrimos por receta o en un plazo definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen a la fisioterapia, la terapia del habla y el lenguaje, y la terapia ocupacional

Área de servicio: un área geográfica en la cual un plan de salud acepta miembros, en caso de que limite la membresía de acuerdo con el lugar de residencia de las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, se trata generalmente del área en la cual puede obtener servicios de rutina (que no representen una emergencia). El plan puede eliminar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención de un centro de enfermería especializada (SNF): la atención de enfermería especializada y los servicios de rehabilitación suministrados de manera diaria y continua en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de la atención de un centro de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que pueden ser administrados únicamente por un enfermero registrado o por un médico.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada para grupos de personas específicos, como quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes residen en un hogar de ancianos o quienes tienen determinadas afecciones médicas crónicas.

Costo compartido estándar: el costo compartido estándar es cualquier costo compartido distinto al costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que exige que pruebe primero otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que le recetó inicialmente su médico.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) – un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas que tienen ingresos y recursos limitados, que están discapacitadas, son ciegas o tienen más de 65 años. Los beneficios de la SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se suministran para tratar enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas, que no representan una emergencia, pero que sí requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o por proveedores ajenos a la red cuando los proveedores de la red no se encuentren disponibles por el momento o cuando no sea posible acceder a ellos.

Servicios para Miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP)

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	<p>(833) 276-8306</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Community Health Choice (HMO D-SNP) está abierto del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.</p> <p>Los Servicios para Miembros además tienen servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablen inglés.</p>
LLAME POR TTY	<p>711</p> <p>Este número exige un equipo telefónico especial y es exclusivo para personas que tienen dificultades con la audición o el habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El servicio nacional de retransmisión se encuentra disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Community Health Choice (HMO D-SNP) está abierto del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Durante determinados feriados, nuestro sistema telefónico automatizado se encargará de atender su llamada.</p>
FAX	<p>(713) 295-7041</p>
ESCRIBA	<p>P.O. Box 301413 Houston, TX 77230</p>
SITIO WEB	<p>www.communityhealthchoice.org/Medicare</p>

Programa del seguro de salud del estado para Texas - Programa de asesoramiento y defensa de la información sobre la salud (HICAP)

El Programa del seguro de salud del estado para Texas - Programa de asesoramiento y defensa de la información sobre la salud (HICAP) es un programa del estado que obtiene dinero del gobierno federal para suministrarle asesoramiento local acerca del seguro de salud a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME POR TELÉFONO	(800) 252-9240
LLAME POR TTY	711
ESCRIBA	Programa de asesoramiento y defensa de la información sobre la salud (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, TX 78714-9030
SITIO WEB	https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/index.html

Declaración informativa de la PRA De acuerdo con la Ley de reducción del papeleo de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información a menos que exhiba un número de control válido de la Oficina de administración y presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válidos de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: Funcionario de depuración de informes de la PRA, parada de correo C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.