

1 de enero – 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP) 003.

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 833.276.8306. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.

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

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

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

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

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de:

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

H9826_MK_10345_101422_M Aprobado por CMS 10.14.2022

Evidencia de Cobertura 2023

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

 Sección 1 Introducción.....6

 SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?7

 SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes que recibirá.....9

 SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Community Health Choice (HMO D-SNP)11

 SECCIÓN 5 Mantener actualizado el registro de membresía de su plan14

 SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan14

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes..... dieciséis

 SECCIÓN 1 Contactos de Community Health Choice (HMO D-SNP) (cómo comunicarse
 nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros).....17

 SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del Federal
 programa de Medicare)20

 SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (ayuda gratuita, información,
 y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)22

 SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad23

 SECCIÓN 5 Seguridad Social23

 SECCIÓN 6 Medicaid24

 SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus recetas
 drogas26

 SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario30

CAPÍTULO 3: Uso del plan para sus servicios médicos 31

Aprobación OMB 0938-1051 (Vence: 29 de febrero de 2024) 31

 SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro
 plan.....32

 SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para obtener su atención médica33

 SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de
 cuidado o durante un desastre38

 SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios?40

 SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando se encuentra en un
 estudio de investigación"?41

 SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en un "centro religioso no médico de atención médica".
 institución".....43

 SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos44

CAPÍTULO 4: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* 46

SECCIÓN 1 Comprensión de los costos de desembolso por los servicios cubiertos.....	47
SECCIÓN 2 Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué está cubierto y cómo cuanto vas a pagar	49
SECCIÓN 3 Qué servicios están cubiertos fuera de Community Health Choice (HMO DSNP)?.....	88
SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por Medicare?	89

CAPÍTULO 5: *Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D* 93

Sección 1 Introducción.....	94
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del plan servicio de pedidos por correo	95
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	98
SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	99
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera? ¿cubierto?	101
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia su cobertura para uno de sus medicamentos?	103
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	105
SECCIÓN 8 Surtido de una receta	106
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	106
ARTÍCULO 10 Programas de seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos	107

CAPÍTULO 6: *Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D* 110

Sección 1 Introducción.....	111
SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que están adentro cuando obtienes la droga	113
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y que etapa de pago en la que se encuentra	114
SECCIÓN 4 No hay deducible para Community Health Choice (HMO SNP)	115
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de su medicamento costos y usted paga su parte	116
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Brecha de Cobertura.....	118
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte del costos de sus medicamentos	118
SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde lo consigas a ellos.....	118

CAPÍTULO 7: Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos	121
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos por sus servicios cubiertos o drogas	122
SECCIÓN 2 Cómo pedimos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que ha recibido	124
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no	125
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades	126
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plano	127
SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	133
CAPÍTULO 9: Qué hacer si tiene un problema o queja (cobertura decisiones, apelaciones, quejas)	135
Sección 1 Introducción.....	136
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	136
SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestra plan.....	137
SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones.....	138
SECCIÓN 5 Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	138
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o hacer una apelación de una decisión de cobertura	141
SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	151
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que la el médico le está dando de alta demasiado pronto	160
SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa su cobertura finaliza demasiado pronto.....	167
SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	173
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, atención al cliente u otras inquietudes	176
CAPÍTULO 10: Finalización de su afiliación al plan	180
SECCIÓN 1 Introducción a la terminación de su membresía en nuestro plan	181
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	181
SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?.....	184
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo su servicios y medicamentos a través de nuestro plan	185
SECCIÓN 5 Community Health Choice (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	186

CAPÍTULO 11: Avisos *legales* 188

 SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente189

 SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación189

 SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare.....189

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes* 191

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Está inscrito en Community Health Choice (HMO D-SNP) 003, que es un plan especializado Medicare Advantage (Special Plan de necesidades)
-------------	---

Está cubierto por Medicare y Medicaid:

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

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

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

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

Community Health Choice (HMO D-SNP) está a cargo de una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nos complace brindarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

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

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Lo alentamos a que dedique algo de tiempo para leer este documento *de Evidencia de Cobertura* .

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

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

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

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Community Health Choice (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Community Health Choice (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después de 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Community Health Choice (HMO D-SNP) cada año. Puede continuar cada año para obtener la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1**Sus requisitos de elegibilidad**

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B
- -- y -- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestro servicio área). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en él.
- -- y -- usted es ciudadano de los Estados Unidos o está presente legalmente en los Estados Unidos
- -- y -- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

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

Sección 2.2	¿Qué es Medicaid?
-------------	-------------------

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos y de atención a largo plazo para ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo ejecutar su programa siempre que sigan las pautas federales.

Además, se ofrecen programas a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

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

Sección 2.3	Esta es el área de servicio del plan para Community Health Choice (HMO D-SNP)
-------------	---

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal.

Puede encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4

Ciudadano estadounidense o presencia legal

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

SECCION 3

Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1

Su tarjeta de membresía del plan

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



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Community Health Choice (HMO D-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo.

Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 3.2**Directorio de proveedores**

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

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

La lista más reciente de proveedores y suplidores está disponible en nuestro sitio web en CommunityHealthChoice.org/Medicare.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros.

Sección 3.3**Directorio de farmacias**

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

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

Sección 3.4**La Lista de Medicamentos Cubiertos (*Formulario*) del plan**

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

La Lista de Medicamentos también le informa si existen reglas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (CommunityHealthChoice.org/Medicare) o llamar a [Servicios para Miembros](#).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio suplementario opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor _____

Existen programas para ayudar a las personas de escasos recursos a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda Adicional" y Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. El Capítulo 2, Sección 7 brinda más información sobre estos programas. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

Si ya está *inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta Evidencia de Cobertura no se aplica a usted**. Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y Usted 2023*, la sección llamada "Costos de Medicare 2023".

Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 prima del plan

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

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Si Medicaid no está pagando sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B.

También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 4.3

Multa por inscripción tardía de la Parte D

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

Cuando se inscribe por primera vez en Community Health Choice (HMO D-SNP), le informamos el monto de la multa.

No **tendrás** que pagarlo si:

- Recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su El departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. cobertura. Esta información puede ser enviada a usted en una carta o incluida en un boletín de El plan. Guarde esta información, porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. luego.
 - o **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados "acreditable" que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare paga
 - o **Nota:** Lo siguiente *no* es una cobertura acreditable de medicamentos recetados:
 - tarjetas de descuento de medicamentos, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos de medicamentos.

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

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un medicamento de Medicare. plan, después de haber sido elegible para inscribirse. O cuente el número de meses completos que no tener cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Para ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para Medicare planes de drogas en la nación desde el año anterior. Para 2023, este monto de prima promedio es \$32.74.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Para calcular tu sanción mensual, multiplicas el porcentaje de sanción y el promedio prima mensual y luego redondearlo a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí, sería sea 14% multiplicado por \$32,74, lo que equivale a \$4,58. Esto se redondea a \$4.60. Esta cantidad sería se agrega **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **continuará pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tiene beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la Parte D tardía la multa por inscripción se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su inscripción tardía en la Parte D la multa se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción para envejecer en Medicare.

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

Sección 4.4

Importe del ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el adicional IRMAA. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drugcoverage/monthly-premium-for> -planes de drogas.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole cuál será esa cantidad adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 5

Mantener actualizado el registro de membresía de su plan

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos para usted.** Por ello, es muy importante que nos ayudes a mantener tu información actualizada.

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como la de su empleador, empleador de su cónyuge, compensación de trabajadores o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un asilo de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no es necesario que informe su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero lo alentamos usted para hacerlo)

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros. También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal del empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su estado actual o el de un miembro de su familia, empleo, quién paga primero depende de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según la edad, la discapacidad o la etapa final Enfermedad Renal (ESRD):
 - o Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o en menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tenga más de 100 empleados.
 - o Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero por el primer 30 meses después de ser elegible para Medicare.

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

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

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

CAPITULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1

Contactos de Community Health Choice (HMO D-SNP)

(cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo ponerse en contacto con miembros Servicios)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP). Estaremos encantados de ayudarte.

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAMAR	1.833.276.8306 Las llamadas a este número son gratis. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado. Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.
FAX	713.295.7041
ESCRIBE	Elección de Salud Comunitaria de Medicare PO Box 301413 Houston, TX 77230-9920
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/medicare

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

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

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAMAR	1.833.276.8306 Las llamadas a este número son gratis. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.
FAX	713.295.7033
ESCRIBE	Apelaciones y Quejas 2636 South Loop Oeste, Suite 125 Houston, TX 77054
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/medicare

0Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

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

Método	Quejas sobre atención médica: información de contacto
LLAMAR	1.833.276.8306 Las llamadas a este número son gratis. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro teléfono automatizado sistema.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.
FAX	(713) 295-7033
ESCRIBE	Departamento de Mejora del Servicio 2636 South Loop Oeste, Suite 125 Houston, TX 77054
SEGURO MÉDICO DEL ESTADO SITIO WEB	Puede presentar una queja sobre Community Health Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

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

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAMAR	1.833.276.8306 Las llamadas a este número son gratis. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado. Las llamadas a este número son gratis.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratis. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro teléfono automatizado sistema.
ESCRIBE	Solicitud de pago de reclamaciones Apartado postal 301404 Houston, TX 77230-1404
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/medicare

SECCIÓN 2

Seguro médico del estado

(cómo obtener ayuda e información directamente de la Federal programa Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados "CMS"). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAMAR	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis.
SITIO WEB www.medicare.gov	Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona el estado de elegibilidad de Medicare información. • Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles, planes de salud de Medicare, y pólizas Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan una <i>estimación</i> de los costos de su bolsillo podría estar en diferentes planes de Medicare.
SITIO WEB (continuado)	También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Community Health Choice (HMO D-SNP): • Informar a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Community Health Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Seguro médico del estado toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCION 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Health Information Counseling and Programa de Abogacía (HICAP).

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

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

MÉTODO PARA ACCEDER AL BUQUE y OTROS RECURSOS:

• Visite www.medicare.gov

• Haga clic en "**Hablar con alguien**" en el medio de la página de inicio

• Ahora tiene las siguientes opciones

o Opción #1: Puede tener un **chat en vivo con un 1-800-MEDICARE representante**

o Opción #2: Puede seleccionar su **ESTADO** del menú desplegable menú y haga clic en IR. Esto te llevará a una página con teléfono. números y recursos específicos de su estado.

Método	Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud de Texas (HICAP) — Información de contacto
LLAMAR	1.800.252.9240
TTY	711
ESCRIBE	Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) PO Box 149104 Austin, TX 7814-9030
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/index.html

SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad

Hay una Organización de mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. *Para Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO — Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas.*

KEPRO: la Organización para el mejoramiento de la calidad de Texas tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. *KEPRO – La Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas* es una organización independiente. No está conectado con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con *KEPRO – Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas* en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Piensa que la cobertura de su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o Los servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) están finalizando demasiado pronto.

Método	KEPRO – Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas – Contacto Información
LLAMAR	1.888.315.0636 Horario de atención de la línea de ayuda: Días de semana: 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar central Fines de semana y días festivos: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora estándar central
TTY	1.855.843.4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBE	5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keprogio.com/

SECCIÓN 5 Seguridad Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción para Medicare.

Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted es

ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no eres obtener cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

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

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAMAR	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos negocios las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6

Seguro de enfermedad

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

Además, se ofrecen programas a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de Ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar la Parte A y la Parte B de Medicare primas y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Alguno las personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid QMB+).

003 Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
(Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid SLMB+).

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con *Texas Health and Human Services*.

Método	Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto
LLAMAR	1.800.252.8263 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, hora estándar central
TTY	711
ESCRIBE	Salud y Servicios Humanos de Texas Apartado de correos 149024 Austin, Texas 78714-9024
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/

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

Método	Oficina del Ombudsman de Salud y Servicios Humanos de Texas – Información del contacto
LLAMAR	1.877.787.8999 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, hora estándar central
TTY	711
ESCRIBE	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas Oficina del Ombudsman, MC-H700 PO Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/your-rights/hhs-office-ombudsman

La Oficina del Defensor del Pueblo Independiente de Texas para los Centros de Vida con Apoyo del Estado ayuda a las personas a obtener información sobre los asilos de ancianos y a resolver problemas entre los asilos de ancianos y los residentes o sus familias.

Método	Oficina del Ombudsman Independiente de Texas para Apoyo Estatal Centros de vida – Información de contacto
LLAMAR	1.800.252.2412 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes, hora estándar central
TTY	711
ESCRIBE	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas Oficina del Ombudsman para LTC, MC-W250 PO Box 149030 Austin, TX 78714-9030
SITIO WEB	https://sslc-independent-ombudsman.texas.gov/

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

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

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

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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (aplicaciones), 24 horas al día, 7 días a la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 am a 7 pm, de lunes a Viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para información).

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

Los beneficiarios pueden comunicarse con Servicios para miembros al 1.833.276.8306 para solicitar ayuda para obtener la mejor evidencia disponible (BAE) y para proporcionar esta evidencia.

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

- Los documentos enumerados a continuación son válidos a los efectos de establecer el nivel correcto de ayuda adicional y fecha de entrada en vigencia para las personas que deben ser consideradas elegibles para **Low Subsidio a la Renta (LIS)**. Cada elemento enumerado a continuación debe mostrar que la persona era elegible para Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

- o Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad;
- o Si la copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario no indica una fecha de vigencia, no se aceptará como una forma de BAE.
- o Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo de Medicaid;
- o Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica estatal que muestre el estado de Medicaid;
- o Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del Estado que muestre el estado de Medicaid;
- o Otra documentación proporcionada por el estado que muestre el estado de Medicaid;
- o Una carta de la SSA que demuestre que la persona recibe SSI; o
- o Una solicitud presentada por Deemed Eligible que confirme que el beneficiario es "...automáticamente elegible para ayuda adicional..."

- Los patrocinadores de la Parte D deben aceptar cualquiera de las siguientes formas de evidencia de el beneficiario o el farmacéutico, abogado, representante o miembro de la familia del beneficiario u otra persona que actúe en nombre del beneficiario para establecer que un beneficiario es institucionalizado o, a partir de una fecha especificada por el Secretario, pero no antes de 1 de enero de 2012, es una persona que recibe **servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)** y califica para cero costos compartidos:
 - Una remesa del centro que muestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo para ese individuo durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre de la persona a la instalación por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior;
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del Estado que muestre el historial institucional de esa persona. estado basado en al menos una estadía de un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior;

- Con vigencia a partir de la fecha especificada por el Secretario, pero no antes del 1 de enero de 2012, una copia de:
 - o Un Aviso de acción emitido por el estado, Aviso de determinación o Aviso de Inscripción que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad de HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - o Un plan de servicio de HCBS aprobado por el estado que incluye el nombre del beneficiario y fecha de vigencia que comienza durante un mes después de junio del año calendario anterior;
 - o Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluya la el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia a partir de un mes posterior a junio del año calendario anterior;
 - o Otra documentación proporcionada por el estado que muestre el estado de elegibilidad de HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior; o,
 - o Un documento emitido por el estado, como un aviso de pago, que confirme el pago de HCBS, incluido el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.

Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga de más su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su sobrepago o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y tiene su copago como una deuda suya, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas.

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

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), o cualquier otro programa que brinde cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea "Ayuda Adicional"), aún obtiene el 70% de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. Tanto el 70% de descuento como el 5% que paga el plan son aplicado al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

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

¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para el VIH de Texas. **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estado sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para el VIH de Texas.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

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

En Texas, los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica son el Programa de Cuidado de la Salud del Riñón (KHC) (Solo asistencia para ESRD) Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP).

Método	Programa de Atención de la Salud del Riñón de Texas (KHC): información de contacto
LLAMAR	1.800.222.3986 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, hora estándar central
TTY	711
ESCRIBE	Cuidado de la salud renal ATTN: MC-1938 PO Box 149347 Austin, TX 78714-9347 khc@hhsc.state.tx.us
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

Método	Programa de medicamentos para el VIH de Texas (THMP): información de contacto
LLAMAR	1.800.255.1090 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, hora estándar central
TTY	711
ESCRIBE	Programa de Medicamentos para el VIH de Texas ATTN: MSJA, MC 1873 PO Box 149347 Austin, Texas 78714-9347 hivstd@dshs.texas.gov
SITIO WEB	https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario

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

Método	Junta de jubilación ferroviaria: información de contacto
LLAMAR	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 am a 3:30 pm los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 am a 12:00 pm los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

CAPÍTULO 3:

Uso del plan para sus servicios médicos

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

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para que su atención médica esté cubierta. Brinda definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica que cubre el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan, use la tabla de beneficios en el próximo capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto*).

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

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para prestar servicios y cuidados médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de salud.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores entreguen servicios a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención. ellos te dan Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipos y Medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para los medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 **Reglas básicas para que el plan cubra su atención médica**

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

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

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla está en Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, insumos, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, diagnóstico, o el tratamiento de su condición médica y cumplir con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que brinda y supervisando su cuidado.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (por más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - o En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado antes de puede usar otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales,

centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. A esto se le llama darle una "referencia". Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.

- o No se requieren remisiones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

- **[Debe recibir atención de un proveedor de la red]** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no sea parte de la red de nuestro plan).

Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Aquí hay tres excepciones:*

- o El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y ver qué significan los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- o Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
- o El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro certificado por Medicare. centro de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2

Use proveedores en la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1

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

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

- ¿Qué es un PCP?
 - o Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico de la red que usted selecciona para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos.

- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?
 - o Los PCP son generalmente médicos que se especializan en Medicina Interna, Medicina Familiar o Práctica general. Puede seleccionar un PCP de las siguientes categorías:
 - Médicos Generales
 - Médicos de Familia
 - Internistas
 - Geriatría
 - Asistentes médicos (PA) (bajo la supervisión de un médico con licencia)
 - Enfermera practicante (NP) (bajo la supervisión de un médico con licencia)
 - Especialista (para miembros con necesidades médicas o conductuales especiales)
- ¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?
 - o Su relación con su PCP es importante porque su PCP es responsable de la coordinación de su atención médica y también es responsable de necesidades de atención médica de rutina. Es posible que desee pedirle ayuda a su PCP para seleccionar un especialista de la red y hacer un seguimiento con su PCP después de cualquier especialista visitas. Es importante que usted desarrolle y mantenga una relación con su PCP.
- ¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones u obtención de autorización previa?
 - (PENNSILVANIA)?
 - o Su PCP debe comunicarse con nosotros por teléfono, electrónicamente o por escrito para solicitar la autorización correspondiente. Su PCP debe llamar al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro para solicitar autorización previa.

¿Cómo elige a su PCP?

Debe seleccionar un PCP del Directorio de proveedores en el momento de su inscripción. Sin embargo, puede visitar cualquier proveedor de la red que elija. Para obtener una copia del Directorio de proveedores más reciente o para obtener ayuda para seleccionar un PCP, llame a Servicios para miembros al 1.833.276.8306 o visite www.communityhealthchoice.org/Medicare para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red. Si no selecciona un PCP en el momento de la inscripción, podemos elegir uno por usted. Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Consulte "Cambiar su PCP" a continuación.

Cómo cambiar su PCP

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

Si desea cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros. Si el PCP está aceptando miembros adicionales del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice HMO D-SNP que muestra este cambio.

Sección 2.2**¿Qué tipo de atención médica puede obtener sin una remisión de su PCP?**

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

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de una red proveedor.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y neumonía vacunas siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, siempre que cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando están temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudar a organizar el mantenimiento diálisis mientras está fuera.

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

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

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

Usted es responsable de informar a su Médico o Proveedor sobre los requisitos de Autorización previa. Su Médico o Proveedor deberá comunicarse con nosotros vía telefónica, electrónica o por escrito para solicitar la autorización correspondiente. El número de teléfono para llamar y solicitar autorización se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Si los Servicios cubiertos no están disponibles a través de Médicos participantes o Proveedores participantes, usted o su médico pueden solicitar una autorización previa para 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 apropiado para sus necesidades de salud o las circunstancias, pero sin exceder los catorce (14) días calendario. Usted y/o su Médico o Proveedor, en su nombre, tiene derecho a solicitar una decisión acelerada si la aplicación del plazo de procesamiento estándar podría poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para recuperar su función máxima. Si los Servicios cubiertos se aprueban como se describe anteriormente, usted solo es responsable de cualquier copago, coseguro o

otros montos de bolsillo que habría pagado si pudiera obtener servicios de la red de proveedores participantes de Community. Si recibe una factura del proveedor no participante, comuníquese con Servicios para Miembros al (833) 276-8306 (TTY 711). ¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan? Es posible que hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las que su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionamos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle un aviso de al menos 30 días de que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando su salud necesidades de cuidado.
- Si está en tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo y trabajaremos con usted para asegurarse de que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene la derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Puede llamar a Servicios para miembros para obtener ayuda al número que se indica en el Capítulo 2 de este folleto.

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

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionamos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proporcionarle un aviso de al menos 30 días de que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando su necesidades de atención médica.
- Si está en tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo y lo haremos. trabajará con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo sea no interrumpido.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debe cubrir ese servicio con costos compartidos dentro de la red (se necesita autorización previa).

- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene la derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante el plano, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4**Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red**

Si los servicios cubiertos no están disponibles a través de médicos participantes o proveedores participantes, a solicitud de su médico participante o proveedor participante y dentro del tiempo adecuado a las circunstancias, pero que no exceda los cinco (5) días hábiles, permitiremos una remisión a un médico no médico o proveedor participante y reembolsar por completo al médico o proveedor no participante a la tarifa habitual y habitual o a una tarifa acordada.

Antes de denegar una solicitud de derivación a un proveedor no participante, proporcionaremos la revisión de la solicitud por parte de un especialista del mismo tipo de especialidad o similar al del proveedor no participante a quien se solicita la derivación.

No todos los profesionales de la salud que brindan servicios en los hospitales participantes son proveedores participantes. Si los servicios son proporcionados por proveedores no participantes, incluidos, entre otros, patólogos, anestesiólogos, radiólogos y médicos de la sala de emergencias (médicos de las instalaciones) en un hospital participante, pagaremos esos servicios a la tarifa Usual y Habitual o a una tarifa pactada. Si recibe una factura del proveedor no participante, comuníquese con Servicios para miembros al número que figura en la parte posterior de este folleto.

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

Es su responsabilidad verificar el estado de participación en la red de todos los proveedores antes de recibir todos los servicios que no sean de emergencia. Debe verificar el estado de participación en la red, solo con nosotros, ya sea llamando al número de teléfono de Servicios para miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o accediendo a nuestro sitio web, en www.communityhealthchoice.org/Medicare.

No somos responsables de la exactitud o inexactitud de las representaciones de participación en la red hechas por cualquier PCP, médico de atención especializada, hospital u otro proveedor, ya sea que tenga contrato con nosotros o no. En otras palabras, si el médico de atención primaria, el médico de atención especializada u otro proveedor de la red recomiendan que los servicios se reciban de otra entidad, es su responsabilidad verificar el estado de participación en la red de esa entidad antes de recibir dichos servicios.

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

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

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

Sección 3.1 Obtener atención si tiene una emergencia médica

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

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias más cercana u hospital. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita obtener aprobación o una derivación primero de su PCP. No necesita usar un médico de la red. puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no están parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.**
Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Comuníquese con nuestro Servicio para Miembros número gratuito al (833) 276-8306 o al (713) 295-5007 local para obtener información adicional.
(Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, 7 días a la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar al

sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto. Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudarlo a administrar y hacer un seguimiento de su atención.

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

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

¿Y si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que vaya a recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que, después de todo, no se trata de una emergencia médica. Si resulta que no se trata de una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted siga las reglas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2

Obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los “servicios que se necesitan con urgencia”?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia proporcionados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son i) un dolor de garganta severo que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una condición conocida cuando está temporalmente fuera del servicio área.

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

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

servicios necesarios que recibe de un proveedor fuera de la red. Consulte su Directorio de proveedores para obtener una lista de los Centros de atención de urgencia de la red.

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

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia o cualquier otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Obtener atención durante un desastre

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

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

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que 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 se le factura directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios cubiertos*). *servicios médicos o medicamentos*) para obtener información sobre qué 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 médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, si su plan

cubre un examen físico de rutina por año y usted recibe ese examen físico de rutina pero elige tener un segundo examen físico de rutina dentro del mismo año, usted paga el costo total del segundo examen físico de rutina. Cualquier monto que pague después de haber alcanzado el límite de beneficio no cuenta para su desembolso máximo anual. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el desembolso máximo de su plan). Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

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

Sección 5.1

¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

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

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

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

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

Sección 5.2

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

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

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

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos de esta prueba es de \$20 con Medicare Original, pero la prueba sería de \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando. a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su condición médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare y los estudios de investigación clínica". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-

[Studies.pdf.](#)) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una “institución religiosa de atención médica no médica”

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

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

Sección 6.2 Recibir atención de un religioso Cuidado de la salud no médico Institución

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

- Atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que *voluntario y no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no es voluntario o requerido* por la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, el se aplican las siguientes condiciones:
 - o Debe tener una afección médica que le permita recibir cobertura
servicios de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - o – y – Debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido a la instalación o su estadía no estará cubierta.

Está cubierto por días ilimitados en el hospital, siempre que su estadía cumpla con las pautas cubiertas por Medicare. Los límites de cobertura se describen en Atención hospitalaria para pacientes internados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar 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 de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueños del equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Community Health Choice (HMO D SNP), por lo general no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos. pagos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de que se uniera a nuestro plan.

En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a servicios para miembros para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipos médicos duraderos si cambia a Medicare Original?

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

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

Ejemplo 2: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o al Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

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

- Alquiler de equipos de oxígeno

- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si deja nuestro plan o ya no necesita equipo de oxígeno por razones médicas, debe devolver el equipo de oxígeno.

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

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

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)

SECCIÓN 1 Comprender los costos de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Community Health Choice (HMO D SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos

No paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas de los planes para recibir su atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas de los planes para obtener su atención).

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- El “**deducible**” es la cantidad que debe pagar por los servicios médicos antes de que comience nuestro plan para pagar su parte.
- Un “**copago**” es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. servicios. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El médico La Tabla de beneficios en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- “**Coseguro**” es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (Los beneficios médicos El cuadro de la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros llegan a este desembolso máximo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso directo hacia el monto máximo de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad que tiene para pagar de su bolsillo cada año los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) por servicios médicos. Para el año calendario 2023 esta cantidad es de \$8,300.

Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de desembolso directo. Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de \$8,300, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo por el resto del año para

servicios cubiertos. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B por usted).

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

Como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan.

Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina "facturación de saldo". Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solo esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca pagar más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor verás:
 - o Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - o Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por el Tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para emergencias o servicios de urgencia).
 - o Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por el Tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión, o para emergencias o servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado el saldo", llame a Servicios para miembros.

No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para miembros.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Community Health Choice (HMO D-SNP) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecido por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y la Parte B) medicamentos recetados) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que el se necesitan servicios, suministros o medicamentos para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplir con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierto a menos que sea atención de emergencia o urgencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le ha dado una remisión. Esto significa que tendrás pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (a veces denominada "previa autorización") de nosotros. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos con un asterisco.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido por los servicios de Medicare. Seguro de enfermedad también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo y atención domiciliar y servicios basados en la comunidad.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si quieres saber más sobre la cobertura y costos de Medicare Original, busca en tu *Manual Medicare y usted 2023*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. TTY los usuarios deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrir el servicio sin costo alguno para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2023, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

- A veces, Medicare agrega cobertura bajo Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2023, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de tres meses de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, continuar brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Seguro médico del estado los montos de costos compartidos para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este periodo.

Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

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

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o enfermero clínico especialista.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, se define dolor lumbar crónico como: • Que dure 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con metastásico, inflamatorio, enfermedades infecciosas, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o presenta regresión. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeras practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Oriental Medicina (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinde la acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras reglamentaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27. Además, cubrimos 24 visitas por año, no se requiere autorización previa.	copago de \$0

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia - Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen ala fija, rotativa servicios de ambulancia de ala y de tierra, al más cercano establecimiento adecuado que pueda brindar atención solo si están proporcionado a un miembro cuya condición médica es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la vida de la persona salud o si lo autoriza el plan. - El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la vida de la persona salud y que el transporte en ambulancia es médicamente requerido.	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare
 Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto está cubierto una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.
 Medición de la masa ósea Para personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar calidad, incluida la de un médico interpretación de los resultados.	No hay coseguro, copago ni deducible para los huesos cubiertos por Medicare. medida de masa

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que**usted paga)**

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres 40 años o más • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. NOTA: Se requiere autorización previa.	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare
 Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.
 Pruebas de enfermedades cardiovasculares Exámenes de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago o deducible para pruebas de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.
 Detección de cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o si están en edad fértil y han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para el Papanicolaou preventivo y el examen pélvico cubiertos por Medicare. exámenes

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones Además, cubrimos 24 visitas por año, no se requiere autorización previa.	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare copago de \$0
 Detección de cáncer colorrectal Para personas mayores de 50 años, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayaco (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. examen.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Nosotros cubrimos: En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Nosotros cubrimos: Rutina (Preventivo) • - Exámenes orales: 1 cada 6 meses • Profilaxis (Limpieza): 1 cada 6 meses • Radiografías dentales: 1 visita anual Integral: • Servicios no rutinarios • Servicios de diagnóstico • Servicios restaurativos • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, Otra Cirugía Oral/Maxilofacial Tiene una asignación de beneficios de \$3,500 para servicios dentales (preventivos e integrales combinados) cada año.	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare copago de \$0
 Detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o referencias.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Detección de diabetes Cubrimos este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa) . Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (insulina y no insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorear su glucosa en sangre: Glucosa en sangre monitor, tiras de prueba de glucosa en sangre, dispositivos de lanceta y lancetas y soluciones de control de glucosa para controlar la precisión de tiras reactivas y monitores. • Para personas con diabetes que tienen pie diabético grave enfermedad: Un par por año calendario de zapatos moldeados personalizados terapéuticos (incluidas las plantillas provistas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de insertos, o un par de profundidad zapatos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye la instalación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta por ciertas condiciones. NOTA: Es posible que se requiera autorización previa	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, hospital camas ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, infusión intravenosa bombas, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Le enviamos la lista de DME de Community Health Choice (HMO D-SNP). La lista le indica las marcas y fabricantes de DME que cubriremos. Esta lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare. Generalmente, Community Health Choice (HMO D-SNP) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes en esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Community Health Choice (HMO D-SNP) y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive a una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).</i>)	0% de coseguro por Suministros cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuado) NOTA: Se requiere autorización previa para: • Artículos que pueden exceder los \$500 (compra o alquiler) • Suministros para diabéticos u otros que excedan la cantidad necesaria durante 30 días • Implantes cocleares, máquinas CPAP, máquinas CPM • Aparatos ortopédicos personalizados, cascos de moldeo craneal, o sillas de ruedas motorizadas • Nutricionales enlatados	
Cuidados de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Proporcionado por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia servicios, y • Necesario para evaluar o estabilizar una emergencia médica condición. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que es empeorando rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red. La atención de emergencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos. NOTA: Se requiere autorización previa para la estabilización posterior al hospital fuera de la red.	 0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se establezca su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta.

Servicios que están cubiertos para usted		Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de audición		
Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las brinda un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.		0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare
- Exámenes de audición de rutina: uno (1) cada año - Asignación de beneficios de \$1000 para audífonos, ambos oídos combinado, cada dos años		copago de \$0
 detección del VIH		
Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que corren un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:		No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:		
Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo		
Cuidado de la agencia de salud en el hogar		
Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud en el hogar sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.		0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:		
- Enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente y atención domiciliaria servicios de asistente (para estar cubierto por el cuidado de la salud en el hogar) beneficio, sus servicios de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) - Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla - Servicios médicos y sociales - Equipos y suministros médicos		
NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.		

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o administración subcutánea de fármacos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de seguimiento para la provisión de infusión domiciliaria terapia y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar NOTA: <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidado de hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar <u>Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.</u>	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Community Health Choice (HMO D SNP).

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidado de hospicio (continuación)	
<u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y son</u> no relacionados con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usa un proveedor en red de nuestro plan y seguir las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una autorización previa).	
• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo pagas el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red proveedor, usted paga el costo compartido bajo Tarifa por servicio Medicare (Medicare Original)	
<u>Para servicios que están cubiertos por Community Health Choice (HMO D-SNP)</u> pero no están cubiertos por Medicare Parte A o B:	
Community Health Choice (HMO D-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de su plan por estos servicios.	
<u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del</u> plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de hospicio terminal, entonces usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?).	
Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 vacunas Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna para el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con Medicare Reglas de cobertura de la Parte B También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra receta de la Parte D beneficio del fármaco. NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye cuidados agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que ingresa formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta es su último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de cuidados especiales (como cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios) • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de electrodomésticos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla y lenguaje • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios enumerados.

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre y intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, lo haremos haga arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes que decidirá si usted es un candidato a un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser local o fuera del área de servicio. Si nuestra red los servicios de trasplante están fuera del patrón comunitario de cuidado, puede optar por ir localmente siempre que el local los proveedores de trasplantes están dispuestos a aceptar el Original tasa de Medicare. Si nuestro plan proporciona servicios de trasplante en un ubicación fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y elige obtener trasplantes en este ubicación distante, haremos los arreglos o pagaremos por gastos de hospedaje y transporte para usted y un acompañante. • Sangre - incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza sólo con la cuarta pinta de sangre que necesita - debe pagar el costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o tener la sangre donada por usted o por otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con el primero pinta usada • Servicios médicos Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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 forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.	No hay coseguro, copago o deducible para los servicios enumerados. Si te autorizan atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en el hospital. Hay un límite de por vida de 190 días para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. los 190 días el límite no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios enumerados.
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a: - Servicios médicos - Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) - Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluido el técnico materiales y servicios - Apósitos quirúrgicos - Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones - Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazar todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluyendo tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un cuerpo interno permanentemente inoperativo o con mal funcionamiento órgano, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos - Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; cerchas; y piernas artificiales, brazos y ojos, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos debido a rotura, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente - Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.	No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios enumerados.

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando se ordena por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento uno a uno durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario. NOTA: Se requiere autorización previa para el asesoramiento nutricional.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.
Beneficio de comidas (comidas posteriores a la hospitalización) Este beneficio proporciona hasta 2 comidas al día durante los 7 días siguientes su alta del hospital. Comuníquese con el plan para coordinar los servicios después de la hospitalización.	copago de \$0

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficios cubiertos por Medicaid Consulte los D-SNP de Community Health Choice HMO Sección Resumen de beneficios titulada "Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid" para obtener una lista de los beneficios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid o cubierto solo por Texas Medicaid. También se ofrecen servicios adicionales cubiertos únicamente por Texas Medicaid. discutido en la Sección 3.1 de este capítulo.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, paciente ambulatorio del hospital o centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos anticancerígenos orales medicamentos y medicamentos contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: https://www.communityhealthchoice.org/medicare/ También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.	0% de coseguro por cada medicamento de quimioterapia cubierto por Medicare y otro medicamento de la Parte B.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia y la detección preventiva de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Opioides. Programa de Tratamiento (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Opiáceo aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE. UU. (FDA) tratamiento asistido por medicamentos agonistas y antagonistas (MAT) medicamentos • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si aplicable) • Consejería sobre el uso de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Rayos X • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluido el técnico materiales y suministros • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre - incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza sólo con la cuarta pinta de sangre que necesita - debe pagar el costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o tener la sangre donada por usted o por otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con el primero pinta usada • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias	0% de coseguro por cada cubierto por Medicare procedimientos y pruebas diagnósticas y terapéuticas 0% de coseguro por Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare
NOTA: Se requiere autorización previa para pacientes ambulatorios dentro de la red Servicios.	

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios ambulatorios del hospital que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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 forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.	0% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de la salud mental, incluida la atención en forma parcial. programa de hospitalización, si un médico certifica que el paciente hospitalizado el tratamiento sería necesario sin él • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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 forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.	0% de coseguro por cada servicio y suministro médico
Atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especialista, un enfermero practicante, un asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes e instalaciones de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés). NOTA: Es posible que se requiera autorización previa en pacientes ambulatorios ajustes para la evaluación inicial y la reevaluación.	0% de coseguro por cada visita de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional cubierta por Medicare.
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Tratamiento ambulatorio y asesoramiento por abuso de sustancias NOTA: Se requiere autorización previa para: • Hospitalización Parcial (PHP) • Programa Ambulatorio Intensivo (IOP) • Tratamiento de día psiquiátrico • Pruebas neuropsicológicas • Transferencias de centro a centro • Terapia electroconvulsiva (TEC) • Visitas de psicoterapia para pacientes ambulatorios que excedan 30 visitas en un año calendario por cualquier proveedor en cualquier ajuste • Terapia de análisis de comportamiento aplicado (ABA) Tratamiento ambulatorio intensivo (excepto cuando se proporciona en un Centro de Trastorno por Uso de Sustancias (SUD))	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si va a someterse a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio". NOTA: Es posible que se requiera autorización previa para servicios dentro de la red. servicios ambulatorios.	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Artículos de venta libre Ciertos medicamentos aprobados, sin receta, de venta libre y artículos relacionados con la salud, hasta \$220 por trimestre. Los montos OTC no utilizados no se transfieren al siguiente trimestre. Para más información sobre cómo acceder a su beneficio, consulte el inserto de medicamentos de venta libre que se le envió por separado. Los miembros recibirán una tarjeta precargada por correo que se puede usar para comprar artículos OTC aprobados sin receta.	copago de \$0
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio del hospital o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios amueblado en el consultorio de un médico, ambulatorio certificado centro quirúrgico, departamento de pacientes ambulatorios del hospital, o cualquier otro ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP ○ especialista, si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluidas visitas ilimitadas al PCP a través de nuestro proveedor de Telesalud Teladoc. ○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrece el servicio por telesalud. ○ Los miembros recibirán información sobre cómo acceder servicios por correo o los miembros pueden visitar nuestro sitio web en https://www.communityhealthchoice.org/medicare/	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para enfermedades renales terminales mensuales visitas relacionadas para miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Telesalud servicios para miembros con un uso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: o Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud o Tiene un visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud o Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Salud Calificada Federalmente Centros • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si: o No es <u>un</u> paciente nuevo y o La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en el pasado 7 días y o El check-in no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita disponible lo más pronto posible • Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: o No es un <u>paciente</u> nuevo y o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en el últimos 7 días y o La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita disponible lo más pronto posible • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de cirugía	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de la enfermedad del cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando los proporciona un médico)	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: - Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) - Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones que afectan a las extremidades inferiores NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.	0% de coseguro
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: - Examen rectal digital - Prueba de antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye alguna cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas: consulte "Cuidado de la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.	0% de coseguro

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y orden de rehabilitación pulmonar del médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica. NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.	0% de coseguro
 Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una evaluación de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son dependientes del alcohol. Si obtiene un resultado positivo para el abuso de alcohol, puede obtener hasta 4 breves sesiones de asesoramiento personales por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
 Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que recibir una orden por escrito para LDCT durante una visita de asesoramiento de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado. <i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige brindar asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y visita de toma de decisiones compartida para exámenes de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando se realizan los exámenes. ordenado por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad, cara a cara, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico. Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: NOTA: Es posible que se requiera autorización previa para el asesoramiento.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de ITS y asesoramiento para ITS cubierto por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir ITS continuación Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando referido por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando esté temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio es temporalmente no disponible o inaccesible) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como internado en un hospital para cuidados especiales) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier ayudarlo con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su hogar diálisis, para ayudar en emergencias, y controlar su diálisis equipos y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”. NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados a usted como parte de su plan de atención (Este incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre - incluyendo almacenamiento y administración. Cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza sólo con la cuarta pinta de sangre que necesita, debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o tener la sangre donada por usted o por otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos comenzando con el primero pinta usada • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF • Pruebas de laboratorio normalmente proporcionadas por SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente se proporcionan por SNF • Servicios de médico/profesional Por lo general, recibirá atención en un SNF en centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda recibir su atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un asilo de ancianos o una comunidad de retiro de cuidados continuos donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde vive su cónyuge en el momento en que deja el hospital	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare No hay coseguro, copago o deducible para el cubierto por Medicare servicios. Está cubierto hasta por 100 días cada uno período de beneficio para servicios de hospitalización en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare. Un período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital para pacientes internados cubierto por Medicare o en un Centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha estado hospitalizado en ningún hospital o SNF durante 60 días seguidos. Si va al hospital o SNF después de un beneficio ha terminado, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales. <u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos Ayuda con Ciertas Condiciones Crónicas Los servicios del Beneficio Suplementario Especial para Enfermos Crónicos (SSBCI) son beneficios no relacionados con la salud para los enfermos crónicos. Los miembros deben tener una condición relacionada con una de las siguientes condiciones médicas crónicas. Condiciones médicas elegibles: • Dependencia crónica de alcohol y otras drogas • Trastornos autoinmunes como la enfermedad de Crohn, Artritis reumatoide y lupus, por ejemplo • Cáncer • Trastornos cardiovasculares como hipertensión, Ritmos cardíacos anormales o arritmias , Enfermedad de la aorta y síndrome de Marfan, Enfermedad cardíaca congénita, Enfermedad de las arterias coronarias (estrechamiento de las arterias), Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, Ataque cardíaco, etc. • Insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad hepática en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular Los beneficios mencionados son parte de un programa complementario especial para los enfermos crónicos. No todos los miembros califican.	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Ayuda con Ciertas Condiciones Crónicas continuación:****Servicios de apoyo en el hogar – Papa Pals**

Los servicios de soporte en el hogar son proporcionados por el proveedor del plan, Papa Pals. Los servicios deben ser arreglados y aprobados. Comuníquese con el plan para obtener información sobre cómo obtener este servicio. Los servicios de apoyo a domicilio no aplican al límite máximo de gastos de bolsillo.

Reseña del programa:

Papa Pals conecta a estudiantes universitarios/adultos con adultos mayores que necesitan ayuda con las tareas del hogar, asistencia con mandados/compras/transporte y otros servicios para personas mayores.

Mientras brindamos estos servicios de apoyo, nuestros miembros también disfrutan de la compañía/amistad que brindan nuestros amigos.

Los beneficios mencionados son parte de un suplemento especial Programa para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.

Servicios de compañía: Papa Pals brinda una compañía increíble a los miembros que están socialmente aislados y necesitan compañía. Papa Pals puede llevar a los miembros por la ciudad para socializar, pasar el rato con ellos para conversar, ver una película o jugar juegos de mesa.

House Help: ayuda a los miembros y cuidadores en la casa.

Papa Pals puede ayudar con la limpieza ligera, el lavado de ropa, la preparación de comidas y el cuidado de las mascotas de los miembros.

Compras de comestibles: Papa Pals puede ayudar con las compras de comestibles y la entrega. Papa Pals recogerá a los miembros en sus casas, los llevará al supermercado, llevará sus bolsas de compras y se los llevará a casa.

Lecciones de tecnología: los papa pals pueden ayudar a los miembros a aprender a usar la tecnología. Papa Pals enseñará a los miembros cómo usar una computadora, teléfono inteligente, tableta; y cómo usar las redes sociales y cómo chatear por video con nietos y otros seres queridos.

Ayuda con Ciertas Condiciones Crónicas continuación:

Para garantizar que nuestros miembros sepan cómo usar sus beneficios, nuestro plan brinda capacitación sobre cómo usar los servicios de atención primaria virtual y la aplicación móvil Pyx Health, que brinda apoyo emocional para ayudar con el aislamiento social.

Transporte social: proporciona transporte y compañía que no sean de emergencia durante todo el camino hacia y desde los destinos del miembro. Los miembros pueden recibir transporte al consultorio del médico, farmacias, centros comunitarios, trabajos y otros lugares sociales.

Apoyo al cuidador: Nuestro plan comprende que cuidar a un ser querido no siempre es fácil. Es por eso que nuestro plan brinda servicios de apoyo a los cuidadores a través de:

- Servicios de apoyo en el hogar
- Hacer recados
- Compra de ropa
- Entrega de preparación de comidas
- Cuidado de relevo
- Las interacciones sociales a través de religiosos y espirituales conexiones
- Compromisos comunitarios
- Entrega de recetas
- Experiencias grupales como arteterapia, terapia con mascotas, cocina y musicoterapia

Para todos los servicios proporcionados por Papa Pals, los miembros pueden realizar hasta 4 visitas de una hora por mes, con un total de 48 horas por año.

El miembro puede comprar horas adicionales por encima del máximo del plan mensual de Papa Pals.

Beneficio de la tarjeta flexible

Nuestro plan brinda una asignación de hasta \$100 por trimestre para alquiler, comestibles y asistencia con los servicios públicos. Los miembros recibirán información por correo sobre cómo acceder a este beneficio.

Servicios que apoyan la autodirección

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

Los servicios incluyen asesoramiento sobre cómo funcionan los beneficios del plan y capacitación y asistencia en el uso del soporte para asistencia tecnológica para nuestro servicio complementario de la aplicación móvil Pyx Health. También ofrecemos servicios de asesoramiento sobre programas comunitarios para ayudar con la reparación del hogar, solicitudes de subsidios para facturas de servicios públicos, etc.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<u>Pyx Health - Apoyo general para vivir</u> Pyx Health lo ayuda a encontrar la atención adecuada cuando la necesita. Nuestra combinación única de humanos compasivos y una aplicación móvil simple trabajan juntos para facilitar el cuidado personal. Pxy Health es una aplicación móvil que los miembros pueden usar para: • Manténgase conectado con todos los beneficios del plan de salud • Hable con el personal atento para obtener apoyo • Encuentre recursos para ayudar a su salud física y mental – como médicos y grupos de apoyo, alimentación, transporte, servicios de pañales y más • Mejorar el estado de ánimo, la ansiedad, la motivación y más	
Terapia de ejercicio supervisado (SET) SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para pacientes con EAP con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno ambulatorio del hospital o en un oficina del medico • Ser entregados por personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, médico asistente, o enfermera practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en soporte vital básico y avanzado técnicas SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. NOTA: <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Transporte (rutina adicional) Nosotros cubrimos: • 4 viajes de ida por mes, totalizando 48 de ida viajes cada año a servicios relacionados con la salud aprobados por el plan. ubicaciones. • Puede utilizar: - Taxi - o Autobús/Metro furgoneta - o Transporte Sanitario NOTA: Se requiere autorización previa. Llame a Access2Care al número que figura en la contraportada de este folleto para solicitar transporte. NOTA: Los conductores no tienen formación médica. En caso de emergencia, llame al 911.	copago de \$0
Servicios que se necesitan con urgencia Los servicios que se necesitan con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.	0% de coseguro por Servicios cubiertos por Medicare

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Cuidado de la visión Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluyendo tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/contactos • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más, y los hispanoamericanos que tienen 65 años o mayor • Para personas con diabetes, detección de retinopatía diabética se cubre una vez al año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada catarata cirugía que incluye la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y compre dos anteojos después de la segunda cirugía). Visión de rutina : Nosotros cubrimos: Un (1) examen de la vista de rutina cada año • Una asignación de \$350 cada año para lentes de contacto; y/o Anteojos (lentes y monturas)	0% de coseguro por cada examen cubierto por Medicare. 0% de coseguro por glaucoma cubierto por Medicare poner en pantalla. 0% de coseguro por Exámenes de la vista cubiertos por Medicare para evaluar enfermedad ocular 0% de coseguro por un par de anteojos estándar cubiertos por Medicare o lentes de contacto despues cirugía de cataratas Copago de \$0 por servicios oftalmológicos de rutina
 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y remisiones para otros cuidados, si es necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva de "Bienvenido a Medicare".	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva "Bienvenido a Medicare".

SECCION 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Community Health Choice (HMO DSNP)?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por Community Health Choice (HM) DSNP)

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

SERVICIOS DE EXENCIÓN EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD

Aquellos que cumplan con los requisitos de QMB y también cumplan con los criterios financieros para la cobertura completa de Medicaid pueden ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid no cubiertos por Medicare, incluidos Servicios de exención de Medicaid. Los servicios de exención están limitados a personas que cumplen con los criterios de elegibilidad de exención adicionales de Medicaid.

Asistencia de Vida Comunitaria y
Exención de servicios de apoyo (CLASS)

Información sobre servicios de exención y elegibilidad para este
La exención se puede encontrar en el siguiente sitio web de Texas Health and
Página web de Servicios Humanos
<https://www.hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/community-living-assistance-support-services-class>

Sordo Ciego con Múltiples
Exención por discapacidad (DBMD)

Información sobre servicios de exención y elegibilidad para este
La exención se puede encontrar en el siguiente sitio de Salud y
Servicios Humanos de Texas
página web. <https://www.hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/deaf-blind-multiple-disabled-dbmd>

Servicios para el hogar y la comunidad
Exención (HCS)

Información sobre servicios de exención y elegibilidad para este
La exención se puede encontrar en el siguiente sitio de Salud y
Servicios Humanos de Texas
página web. <https://www.hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/proveedores-de-atencion-a-largo-plazo/servicios-basados-en-la-comunidad-en-el-hogar-hcs>

Niños médicamente dependientes
Programa (MDCP)

Información sobre servicios de exención y elegibilidad para este
La exención se puede encontrar en el siguiente sitio de Salud y
Servicios Humanos de Texas
página web. <https://www.hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que**usted paga)**

SERVICIOS DE EXENCIÓN EN EL HOGAR Y EN LA COMUNIDAD	
Programa STAR+PLUS (operando bajo Texas Healthcare Transformación y Calidad Exención del programa de mejora)	Los programas incluyen: cuidado de crianza para adultos, vida asistida, terapia de rehabilitación cognitiva, servicios de administración financiera, comidas a domicilio, modificaciones menores en el hogar y consulta de apoyo. Información sobre servicios de exención y elegibilidad para este La exención se puede encontrar en la siguiente página web de Salud y Servicios Humanos de Texas. https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus
Exención de vida en el hogar de Texas (TxHml)	Información sobre servicios de exención y elegibilidad para este La exención se puede encontrar en el siguiente sitio de Salud y Servicios Humanos de Texas página web. https://www.hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml
Dispositivos de comunicación asistida, también conocidos como aumentativos Dispositivo de comunicación (ACD) Sistema	Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Hospicio	Medicaid paga por este servicio para ciertos Miembros de Exención si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid NOTA: Cuando los clientes adultos eligen servicios de cuidados paliativos, renunciar a sus derechos a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a los servicios de Medicaid que no estén relacionados con su enfermedad terminal.

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

Esta sección le informa qué servicios están "excluidos" por Medicare.

El cuadro a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan O Medicare bajo ninguna condición o están cubiertos por el plan O Medicare solo bajo condiciones específicas.

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. El único

la excepción es si el servicio se apela y se decide: en la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Seguro médico del estado	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía estética o procedimientos		• Cubierto en casos de accidente lesión o para la mejora de la funcionamiento de un cuerpo malformado miembro. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.		• Beneficios Suplementarios Especiales para enfermos crónicos. Cubierto por nuestro plan bajo ciertas circunstancias. Límites y Se aplican restricciones.
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		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 la investigación clínica). estudios.)

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Seguro médico del estado	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Tarifas cobradas por el cuidado de sus parientes inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.	✓	
Comidas a domicilio		Cubierto después de una hospitalización aprobada por el plan: 2 comidas por día durante 7 días
Servicios de ama de casa que incluyen asistencia básica del hogar, como tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras.		Cubierto por nuestro plan bajo ciertas circunstancias. Se aplican límites y restricciones.
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental no rutinaria		Nuestro plan brinda cobertura para servicios dentales completos. Se aplican restricciones del plan. Consulte la sección dental en el Capítulo 4. La atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos que son parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Seguro médico del estado	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Atención quiropráctica de rutina		Nuestro plan brinda servicios quiroprácticos adicionales. Consulte los servicios quiroprácticos en la tabla de beneficios. Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		Nuestro plan proporciona cobertura para servicios dentales de rutina. Se aplican restricciones del plan. Consulte la sección dental en el Capítulo 4.
Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.		Nuestro plan brinda cobertura para exámenes de la vista de rutina. Consulte los servicios de la vista en la tabla de beneficios. El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas.
Cuidado rutinario de los pies		Cierta cobertura limitada provista de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar audífonos.		Nuestro plan brinda cobertura para exámenes auditivos de rutina y audífonos. Consulte Servicios de audición en la tabla de beneficios.
Servicios considerados no razonables y necesarios, según Original Medicare normas	✓	

CAPÍTULO 5:

*Uso de la cobertura del plan para medicamentos
recetados de la Parte D*

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados**de la Parte D****¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?**

Debido a que es elegible para Medicaid, califica y está recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que usted está en el programa de "Ayuda Adicional", es posible que **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted**. Le enviamos un inserto por separado, denominado "Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados" (también conocida como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS"), que le brinda información sobre su medicamento. cobertura. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros y pregunte por el "LIS Rider". (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1**Introducción**

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

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

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro médico) que le escriba una receta que debe ser válido según la ley estatal aplicable.
- Su recetador no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Ver Sección 2, *Llenar sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (lo llamamos "Lista" para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Un "médicamente aceptado indicación" es un uso del medicamento que está aprobado por la Food and Drug Administración o apoyada por ciertos libros de referencia. (Vea la Sección 3 para más información sobre una indicación médicamente aceptada.)

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados**de la Parte D****SECCIÓN 2****Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan****Sección 2.1****Use una farmacia de la red**

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

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

Sección 2.2**Farmacias de la red****¿Cómo 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) y/o llame a Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que ha estado usando deja la red?

Si la farmacia que ha estado usando sale de la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para miembros o usar el *Directorio de farmacias*. También puedes encontrar información en nuestra web en www.communityhealthchoice.org/Medicare.

¿Qué pasa si necesitas una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministren medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC).
Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si usted tiene cualquier dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en una instalación de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros.
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo nativos americanos o Alaska
Los nativos tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados**de la Parte D**

- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. **(Nota:** este escenario debería ocurrir raramente.)

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3**Usar el servicio de pedido por correo del plan**

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son medicamentos que usted toma con regularidad, para una afección médica crónica o a largo plazo.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con servicios para miembros al 1-833-276-8306 (TTY 711).

Por lo general, un pedido de farmacia de pedido por correo le llegará en no más de 14 días. Si su pedido se retrasa, comuníquese con nuestro Servicio para miembros para obtener ayuda. Le ayudaremos a obtener la(s) receta(s) que necesita.

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

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

Si recibe una receta automáticamente por correo que no desea y no se comunicaron con usted para ver si la deseaba antes de enviarla, es posible que sea elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese con Servicios para miembros para obtener ayuda.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega por correo y/o decide detener el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato. . Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Resurtidos de recetas de pedidos por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia al menos 15 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

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

Si recibe una recarga automática por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

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

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para una condición médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red puede proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Miembro Servicios para más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Por favor mira Sección 2.3 para más información.

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

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. **Consulte primero con Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que proporcione Servicio 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no se almacena regularmente en un farmacia minorista o de pedido por correo de la red (incluidos medicamentos exclusivos y de alto costo).
- Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del Plan, y se enferma o se le acaban los medicamentos recetados, cubriremos los medicamentos recetados surtido en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura identificadas dentro de este documento y el Formulario y una farmacia de la red no está disponible.
- Durante cualquier declaración federal de desastre u otra declaración de emergencia de salud pública en cuales los inscritos en la Parte D son evacuados o desplazados de su lugar de residencia y no se puede esperar razonablemente que obtenga medicamentos cubiertos de la Parte D en una red

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados**de la Parte D**

farmacia. Además, en circunstancias en las que los canales normales de distribución no estén disponibles. ¿Cómo se solicita el reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total: (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo pedirle al plan que le devuelva el dinero).

SECCION 3**Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan****Sección 3.1****La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos**

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

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos.

La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que es :

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o condición para que se está prescribiendo.
- o -- Respaldo por ciertas referencias, como el Formulario de American Hospital Servicio de Información sobre Medicamentos y Sistema de Información DRUGDEX.

"La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos".

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a "drogas", esto podría significar una droga o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, los genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados**de la Parte D****¿Qué *no* está en la Lista de Medicamentos?**

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

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

Tienes tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos. (Tenga en cuenta: La lista de medicamentos que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que son más utilizados por nuestros miembros Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en el Medicamento proporcionado. Lista. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.communityhealthchoice.org/Medicare). La lista de medicamentos en el sitio web es siempre el más actual.
3. Llame a Servicios para miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para preguntar para una copia de la lista.

SECCIÓN 4**Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos****Sección 4.1****Porque algunas drogas tienen restricciones?**

Para ciertos medicamentos recetados, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg). mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

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

Sección 4.2

¿Qué tipo de restricciones?

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

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Comuníquese con Servicios para miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que renunciemos a la restricción por usted, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar renunciar a la restricción por usted. (Ver Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

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 una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el cual el medicamento genérico no funcionará para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

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

Probar una droga diferente primero

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

Límites de cantidad

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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados**de la Parte D****SECCIÓN 5****¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera?****Sección 5.1****Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera**

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

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

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

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, estas son las opciones:

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

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

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

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante el primeros **90 días** de su afiliación al plan.

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

- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de **30 días**. Si su receta está escrita por menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que el farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar desperdicio.)
- **Para aquellos afiliados que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia para **31 días** de un medicamento en particular, o menos si su la receta está escrita para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.
- Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es escrito por menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal anterior.
- Para miembros actuales con cambios en el nivel de atención:
- Puede haber transiciones no planificadas, como altas hospitalarias o cambios en el nivel de atención que ocurren mientras está inscrito como miembro en nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, debe use el proceso de excepción del plan. Puede solicitar un suministro temporal por única vez de al menos menos 30 días para que tenga tiempo de discutir un tratamiento alternativo con su médico o para solicitar una excepción a la lista de medicamentos (formulario). Si su médico escribe su receta por menos días, puede volver a surtir el medicamento hasta que haya recibido un suministro de al menos 30 días.

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

Durante el tiempo en que obtenga un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Tu también puedes cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual. Las siguientes secciones le brindan más información sobre estas opciones.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento

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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados**de la Parte D****2) Puede solicitar una excepción**

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

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

SECCIÓN 6**¿Qué sucede si cambia su cobertura para uno de sus medicamentos?****Sección 6.1****La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al comienzo de cada año (1 de enero).

Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2**¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?****Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea periódicamente. A continuación, indicamos las veces que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**

o Podemos eliminar un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo estamos reemplazando por una versión genérica del mismo medicamento. Podemos decidir mantener el medicamento de marca

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados**de la Parte D**

en nuestra Lista de Medicamentos, pero muévelo a un nivel más alto de costo compartido o agregue nuevas restricciones o ambos cuando se agregue el genérico.

- o Si un medicamento de marca que está tomando se reemplaza por uno genérico o se pasa a un nivel de costo compartido más alto, debemos avisarle del cambio con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso del cambio y un plazo de 30 días. recarga de su medicamento de marca.
- o Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar al genérico oa un medicamento diferente que cubramos.
- o Usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**

- o A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro. razón. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos de inmediato.
- o Su médico también sabrá acerca de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.

- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos**

- o Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podemos realizar cambios según las advertencias de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- o Para estos cambios, debemos avisarle con al menos 30 días de anticipación sobre el cambio o darle un aviso del cambio y un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
- o Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con su recetador para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.
- o Usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante este año del plan

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

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

- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.

- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (excepto el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga. como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales en el uso del medicamento.

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

SECCIÓN 7

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
-------------	---------------------------------------

Esta sección le informa qué tipos de medicamentos recetados están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

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

Aquí hay tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. "Uso fuera de etiqueta" es cualquier uso del medicamento que no sea que los indicados en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para el "uso no indicado en la etiqueta" se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertos referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario del American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos enumeradas a continuación no están cubiertas por Medicare.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados**de la Parte D**

- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y fluoruro preparativos
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se adquieran exclusivamente del fabricante como condición de rebaja

SECCIÓN 8**llenar una receta****Sección 8.1****Proporcione su información de membresía**

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos de su medicamento. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Sección 8.2**¿Qué sucede si no tiene la información de su membresía con usted?**

Si no tiene la información de membresía de su plan con usted cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja.** (Entonces puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte.

Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 9**Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales****Sección 9.1****¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan?**

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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados**de la Parte D****Sección 9.2****¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?**

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

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

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

Sección 9.3**¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?**

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., antinauseosos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que receta o de su proveedor de cuidados paliativos que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de hospicio o recetador que le notifique antes de surtir su receta.

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

ARTÍCULO 10 Programas de seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos

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

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que surta una receta. También revisamos nuestros registros periódicamente.

Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

- Posibles errores de medicación

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados**de la Parte D**

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

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

Sección 10.2**Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura**

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que usted usa medicamentos opioides es apropiado y médicamente necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides recetados no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides de un determinado farmacia(s)
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides de un determinado médico(s)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados**de la Parte D**

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

Sección 10.3**Programa de administración de terapia de medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos**

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre.

Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma.

Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos.

Lleve el resumen con usted a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

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

CAPÍTULO 6:

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

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos “medicamento” en este capítulo 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 medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5, Secciones 1 a 4 explica estas reglas.:

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

Hay diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y existen tres formas en las que se le puede solicitar que pague.

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

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

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos de su bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

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

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los realiza en su nombre **algún otro individuo u organizaciones**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Pero el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Pasando a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$7,400 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de interrupción de la cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en el período sin cobertura.

- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluido el plan de salud del empleador. planes
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y fondos financiados por el gobierno. programas de salud como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar costos de medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación para trabajadores).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que se mencionan anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos de su bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

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

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe EOB de la Parte D que recibe incluye la cantidad actual de sus gastos de bolsillo. Cuando esta cantidad llegue a \$7,400, este informe le dirá que usted ha salido de la Etapa de Brecha de Cobertura y ha pasado a la Cobertura Catastrófica Escenario.
- **Asegurarnos de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le dice lo que puede hacer para ayude a asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2

Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago del medicamento" 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)?

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare bajo Community Health Choice (HMO D-SNP). La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de Cobertura Inicial

Etapas 2: Etapa del período sin cobertura

Etapas 3: Etapa de Cobertura Catastrófica

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

Sección 3.1	Le enviamos un resumen mensual llamado <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la "EOB de la Parte D")
--------------------	---

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

- Realizamos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se llama su costo **"de bolsillo"**.
- Mantenemos un registro de sus **"costos totales de medicamentos"**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o otros pagan en su nombre más el monto pagado por el plan.

Si ha surtido una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre el recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** A esto se le llama información del "año hasta la fecha". Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre precios de medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y información sobre aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta del mismo cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada reclamo de receta.

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

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por los medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** esto nos ayuda asegúrese de que sepamos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegurarnos de que tengamos la información que necesitamos.** Hay momentos en que usted puede pagar por el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de

sus gastos de bolsillo, dénos copias de sus recibos Aquí hay ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:

- o Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan
- o Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante
- o Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o otras veces ha pagado el precio total de un medicamento cubierto bajo condiciones especiales. circunstancias

Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, vaya al Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Pagos realizados por ciertos otros individuos y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un SIDA programa de asistencia de medicamentos (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan hacia sus gastos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos rastrear sus costos.
- **Consulta el informe escrito que te enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, por favor llámenos a Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Community Health Elección (HMO SNP)

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

Debido a que la mayoría de nuestros miembros obtienen "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, la etapa del deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe "Ayuda adicional", esta etapa de pago no se aplica a usted.

Consulte el inserto separado (la "Cláusula LIS") para obtener información sobre el monto de su deducible.

SECCIÓN 5

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

Sección 5.1

Una tabla que muestra los costos de un suministro de un mes de un medicamento

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

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

	Costo compartido minorista estándar (en la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido minorista preferido (en la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta 30 días suministro)
Dependiendo de su nivel de Ayuda Adicional, usted paga:					
Compratir costos	Copago de \$0 a \$4.15 o 15%	\$0 a \$4.15 \$0 a \$4.15 copago o 15%	Copago de \$0 a \$4.15 o 15%	Copago de \$0 a \$4.15 o 15%	Copago de \$0 a \$4.15 o 15%
Genéricos/ Marca preferida					
Otras drogas	Copago de \$0 a \$10.35 o 15%	Copago de \$0 a \$10.35 o 15%	Copago de \$0 a \$10.35 o 15%	Copago de \$0 a \$10.35 o 15%	Copago de \$0 a \$10.35 o 15%

Sección 5.2

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

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

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

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

Sección 5.4

Una tabla que muestra sus costos a *largo plazo* (hasta 90 días) suministro de un fármaco

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

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

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

	Costo compartido minorista estándar (en red) (hasta 90 días de suministro)	Costo compartido de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días)
Dependiendo de su nivel de Ayuda Adicional, Tu pagas:		
Compartir costos		
Genéricos/ Marca preferida	Copago de \$0 a \$4.15 o 15%	Copago de \$0 a \$4.15 o 15%
Otras drogas	Copago de \$0 a \$4.15 o 15%	Copago de \$0 a \$4.15 o 15%

Sección 5.5

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos para el año alcancen \$4,660

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que tiene llenado alcanza el **límite de \$4,660 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, el plan y cualquier terceros han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Te avisaremos si alcanzas esta cantidad. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Brecha de Cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Brecha de Cobertura

Cuando se encuentra en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación de los medicamentos de marca. Tanto la cantidad que paga como la cantidad descontada por el fabricante cuentan para los costos de su bolsillo como si los hubiera pagado y lo ayudan a superar el período sin cobertura.

También recibe alguna cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que paga cuenta y lo mueve a través de la brecha de cobertura.

Continúa pagando estos costos hasta que los pagos anuales de su bolsillo alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Una vez que alcance esta cantidad (\$7,400), dejará la Etapa de interrupción de la cobertura y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos de su bolsillo (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos

Ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de \$7,400 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, la que sea *mayor* :
 - o – ya sea – Coseguro del 5% del costo del medicamento.
 - o – o – \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y \$10.35 para todas las demás drogas.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde los obtengas

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

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

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. (Esto es a veces llamado la “administración” de la vacuna.)

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. El tipo de vacuna (para qué lo están vacunando).

- o Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Vea la *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que paga)* en el Capítulo 4).
- o Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan*.

2. Dónde obtiene la vacuna.

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

3. Quién te da la vacuna.

- o Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede dárselo en el consultorio del médico.

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué etapa del fármaco se encuentre.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí y el costo para el proveedor de administrarle la vacuna. Puedes preguntar por nuestro plan para devolverle nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, solo pagará su parte del costo según su beneficio de la Parte D.

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

Situación 1: Recibe su vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias den vacunas).

- Usted le pagará a la farmacia su coseguro O copago por el vacuna misma, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo para el proveedor de dársela.

- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su normal coseguro *O* copago por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva a su consultorio médico donde te dan la vacuna.

- Tendrá que pagarle a la farmacia su coseguro *O* copago por la propia vacuna.
- Cuando su médico le dé la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad cobrada por el médico por administrar la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

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

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

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

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolsarle a menudo se denomina “reembolsarle”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero.

Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

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

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede necesitar pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

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

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor es parte de nuestra red. En estos casos, solicite al proveedor que facture al plan.

- Si paga el monto total usted mismo en el momento en que recibe la atención, solicite que le paguemos de vuelta por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pagos que ha realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - o Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - o Si ya ha pagado más de su parte del costo del servicio, le determinará cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

2. Cuando un proveedor de la red te envía una factura que crees que no debes pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más que su parte del costo.

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando obtiene los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se denomina "facturación de saldo". Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que también pagó mucho, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que hayas realizado. Debe pedirnos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción incluso puede haber ocurrido el año pasado).

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

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para una discusión de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted

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

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

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

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*; o podría tener un requisito o restricción que no sabías o no piensas debe aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la misma.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder pagarle de vuelta por nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. A esto se le llama tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que debe cubrirse, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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

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

Debe enviarnos su **reclamo (médico) de la Parte C dentro de los 12 meses posteriores** a la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento de la Parte B.

Debe enviarnos su **reclamo de la Parte D (medicamento recetado) dentro de los 36 meses posteriores** a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

Elección de salud comunitaria
HMO D-SNP ATTN: Pago de reclamos
2636 South Loop Oeste, Suite 125
Houston, TX 77054

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y siguió todas las reglas, pagará nuestra parte del costo del servicio. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si no tienes pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. Te enviaremos una carta explicando las razones por las que no estamos enviando el pago y sus derechos de apelación esa decisión

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

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1

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

Sección 1.1

Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Se requiere que su plan garantice que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural. y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

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

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria.

En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Community Health Choice HMO D-SNP al (833) 276-8306 sin cargo o 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 al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o con este correo, o puede comunicarse sin cargo al (833) 276-8306 o al (713) 295-5007 local para obtener información adicional.

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

Nuestro plan, cuenta con personas y servicios de interpretación gratuitos para contestar preguntas que los Miembros que no hablan inglés y que están discapacitados pueden entender. También, si lo necesita podemos brindarle la información en Braille, en letra grande u otros formatos

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

alternativas sin costo alguno. Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan, en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que podamos brindarle información en una forma que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o comuníquese con el

Coordinador de Derechos Civiles, la Oficina de Derechos Civiles, la Comisión de Salud y Servicios Humanos, 701 W. 51st Street MC W206, Austin Texas 78751.

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

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. No requerimos que obtenga referencias para acudir a los proveedores de la red.

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

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

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

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

- Su "información de salud personal" incluye la información personal que nos proporcionó cuando usted se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otros datos médicos y de salud información.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo su información de salud se usa. Le entregamos un aviso por escrito, denominado "Aviso de prácticas de privacidad", que le informa 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 personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a cualquier persona que no le brinde atención o no pague por su atención, *estamos obligados a obtener permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones para ti primero*
- Hay ciertas excepciones que no requieren que primero obtengamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.
 - o Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que comprobando la calidad de la atención.
 - o Debido a que es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindarle Medicare su información de salud, incluida la información sobre su Parte D medicamentos con receta. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; típicamente, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no sea compartida.

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

Tiene derecho a ver sus registros médicos que se encuentran en el plan ya obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para cualquier propósito que no son rutinarios.

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

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

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

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

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el plan condición financiera.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre nuestra red de proveedores y farmacias.** Tienes derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias en nuestra red y cómo pagamos a los proveedores en nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** Los capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5

Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

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

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

- **Para saber acerca de todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todos los opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, sin importar el costo o si están cubiertos por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas de nuestro plan. ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe acerca de los riesgos involucrados en su cuidado. Se le debe informar con anticipación si alguna atención o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Este incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico se lo aconseja que no te vayas. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Por supuesto, si tu rechace el tratamiento o deje de tomar la medicación, usted acepta toda la responsabilidad por lo que le sucede a su cuerpo como resultado.

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

A veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tienes derecho a decir lo que quieres que suceda si te encuentras en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Llenar un formulario escrito para darle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas para usted** si alguna vez se vuelve incapaz de tomar decisiones por sí mismo.
- **Dé a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **“directrices anticipadas”**. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados **“testamento en vida”** y **“poder notarial para atención médica”** son ejemplos de directivas anticipadas.

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

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un trabajador, o de algunas tiendas de artículos de oficina. A veces puede obtener directivas anticipadas formularios de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare.
- **Rellénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar tener un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico. ya la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Mantenga una copia en casa.

Si sabe de antemano que lo van a hospitalizar y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tienes contigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo en función de si ha firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.6

Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.

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

Sección 1.7

¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no se respetan sus derechos?

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

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

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y no es sobre la discriminación, puede obtener ayuda para lidiar con el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, vaya al 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. días a la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8

Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - o Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - o O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. semana (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 2

Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta Evidencia de Cobertura para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - o Los capítulos 3 y 4 brindan los detalles sobre sus servicios médicos.
 - o Los capítulos 5 y 6 brindan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados en Además de nuestro plan, debe informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico ya otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.**

Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, pidiéndoles preguntas y dar seguimiento a su atención.**
 - o Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - o Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluso los de venta libre. medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - o Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - o Para la mayoría de los miembros de Community Health Choice HMO D-SNP, Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y la prima de la Parte B. Si Medicaid no está pagando sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
 - o Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a su mayor ingresos (como se informó en su última declaración de impuestos), debe continuar pagando la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si se muda ***dentro de*** nuestra área de servicio, necesitamos saberlo para poder mantener su registro de membresía al día y saber cómo contactarlo.
- Si se muda ***fuera*** del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestra plan.
- Si se muda, también es importante informarle al Seguro Social (o al Railroad Retirement Junta).

CAPÍTULO 9:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que utiliza para manejar su problema depende del tipo de problema que tenga:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas**; también llamado quejas

Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir tanto nosotros como usted.

La **Sección 3** lo ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?

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

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice "presentar una queja" en lugar de "presentar una queja", "decisión de cobertura" en lugar de que "determinación de organización integrada" o "determinación de cobertura" o "determinación en riesgo". "determinación" y "organización de revisión independiente" en lugar de "revisión independiente Entidad."
- También utiliza abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, ya veces muy importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

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

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

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

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

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Seguro médico del estado

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

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Para preguntas relacionadas con Medicaid, consulte los números de teléfono en el Capítulo 2 de este folleto.

SECCION 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid en nuestro plan

Tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces se llama un "proceso integrado" porque combina o integra los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se combinan. En esas situaciones, utiliza un proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y un proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la **Sección 6.4** de este capítulo, "Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2".

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS

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

SECCIÓN 4 Decisiones de cobertura y apelaciones

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente información lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre **los beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid**.

¿Su problema o preocupación se relaciona con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí.

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

No.

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

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

Sección 5.1	Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general
--------------------	---

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura, incluido el pago. Este es el proceso que utiliza para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, el médico de la red de su plan toma una decisión de cobertura (favorable) por usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede preguntar

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

para que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

hacer un llamamiento

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o “rápida” de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

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

Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

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

Si no desestimamos su caso pero rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la lleva a cabo una Entidad de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- Su caso se enviará automáticamente a la organización de revisión independiente para un Nivel 2 apelación – no tiene que hacer nada. La organización de revisión independiente enviará por correo un aviso para confirmar que recibieron su apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

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

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

Sección 5.2

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

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

- Puede **llamarnos a Servicios para miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante.

Llame a Servicios para miembros y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)

 - o Para la atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - o Si su médico u otro proveedor de atención médica solicita que se continúe con un servicio o artículo que ya está recibiendo durante su apelación, es **posible** que deba nombrar a su médico u otro proveedor de recetas como su representante para que actúe en su nombre.
 - o Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se niega su apelación de Nivel 1, su médico o recetador puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si quieres, puedes nombrar otro persona que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - o Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame Servicios para miembros y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - o Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o complete nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se desestimarán su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

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

Sección 5.3

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

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, detallamos 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 cobertura decisión o presentar una apelación"
- **Sección 8** de este capítulo, "Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si creo que el doctor te está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 9** de este capítulo, "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto" (Esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y atención ambulatoria integral servicios del Centro de Rehabilitación (CORF))

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

SECCIÓN 6

Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1

Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que paga)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre este cuidado. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**

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

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica de su médico u otro proveedor de atención médica. quiere brindarle y cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una cobertura decisión. Sección 6.2.**
3. Ha recibido atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos dicho no pagaremos por este cuidado. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Ha recibido y pagado atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse por esta atención. **Envíanos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (que previamente aprobado) será reducido o detenido, y usted cree que reducir o interrumpir este cuidado podría dañar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 8 y 9 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2

Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

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

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

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Por lo general, se toma una “decisión de cobertura estándar” dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” generalmente se toma dentro de las 72 horas, para servicios médicos, 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Solo puede *solicitar* cobertura para la atención médica *que aún no ha recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar*.
- Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptará automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin la aprobación de su médico apoyo, decidiremos si su salud requiere que le demos un rápido **decisión de cobertura**. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - o Explica que usaremos los plazos estándar

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

o Explica que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente darle una decisión de cobertura rápida

o Explica que puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó

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

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autorizar o proporcionar cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante puede hacer esto. El capítulo 2 tiene información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

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

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

Para las decisiones de Cobertura Rápida usamos un marco de tiempo acelerado

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

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más tiempo que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. no podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para una Parte B de Medicare medicamento con receta médica.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". (Ver Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto mientras tomamos la decisión.

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

- Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no.

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

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.3

Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales

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

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

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” generalmente se realiza dentro de los 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

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

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

- Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos. El capítulo 2 tiene información de contacto.
- Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos. El capítulo 2 tiene información de contacto.
- Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumplió con esta fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, explique la razón por la cual su apelación se atrasó cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que impidió

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

que se comunique con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia gratuita de la información sobre su historial médico.**
decisión. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Si le informamos que suspenderíamos o reduciríamos los servicios o artículos que ya estaba recibiendo, es posible que pueda conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos que cubra el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha del matasellos de nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 está pendiente. También seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente todos los información. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Reuniremos más información si es necesario, posiblemente comunicándonos con usted o su médico.

Plazos para una “apelación rápida”

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

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

organización para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación "estándar"

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere. o Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- o Si cree que **no** debemos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte **la Sección 11** de este capítulo).
- o Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los **30 días calendario**, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, tiene derechos de apelación adicionales.**
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una carta.
 - o Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.
 - o Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le informará cómo presentar una apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección 6.4

Paso a paso: Cómo se hace una apelación de Nivel 2

Término Legal

El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se le llama **"IRE"**.

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

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

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que normalmente **cubre Medicare**, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación del Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que generalmente está **cubierto por Medicaid**, usted mismo puede presentar una apelación de Nivel 2. La carta le dirá cómo hacer esto. La información también está abajo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar **cubierto por ambos Medicare y Medicaid**, obtendrá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento bajo apelación también pueden continuar durante el Nivel 2.

Si su problema es sobre un servicio que generalmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.

- Si su problema es sobre un servicio que generalmente está cubierto por Medicaid, su los beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta de decisión del plan.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare generalmente cubre:

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su "expediente de caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Para la "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su Nivel 2 apelación **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.

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

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la revisión independiente organización necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- Para la "apelación estándar", si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o brindar el servicio dentro de los **14 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente sobre el **estándar. solicitudes** o proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar** o **dentro de las 24 horas** posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas**.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - o Explicando su decisión.
 - o Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso escrito que recibe del

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

La organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.

o Informarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2. o La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado

juez. **La Sección 10** de este capítulo explica el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicaid generalmente cubre:

Paso 1: puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

- El nivel 2 del proceso de apelación para los servicios que generalmente cubre Medicaid es una audiencia imparcial con el estado. Debe solicitar una audiencia imparcial por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde presentar su solicitud de audiencia.

Paso 2: La oficina de audiencia imparcial le da su respuesta.

La oficina de audiencia imparcial le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la oficina de audiencias imparciales acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la oficina de audiencias imparciales.
- **Si la oficina de audiencias imparciales rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, está de acuerdo con nuestro plan en que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”).

Si la decisión es negativa para todo o parte de lo que solicitó, ¿puedo presentar otra apelación?

Si la decisión de la organización de revisión independiente o de la oficina de audiencia imparcial es negativa para todo o parte de lo que solicitó, tiene **derechos de apelación adicionales**.

La carta que reciba de la oficina de audiencia imparcial describirá esta próxima opción de apelación.

Consulte **la Sección 10** de este capítulo para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

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

Sección 6.5

¿Qué sucede si nos pide que le reembolsemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.**

Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Pedir que le devuelvan algo que ya pagó:

Si desea que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o si nos solicita que le paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, nos pedirá que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto.

También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud.
- Si la atención médica de Medicare está cubierta, le enviaremos el pago de nuestra parte de el costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
 - o Si la atención de Medicaid por la que pagó a un proveedor de atención médica está cubierta y usted cree que deberíamos pagarle al proveedor de atención médica, le enviaremos su proveedor de atención el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario posteriores recibimos su solicitud.
 - o Luego deberá comunicarse con su proveedor de atención médica para que le paguen espalda. Si no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor de atención sanitaria.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que dice que lo haremos no pagar por los servicios y las razones por las cuales.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos está pidiendo que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó porque no se le permite solicitar una apelación rápida.

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7

Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1

Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6.

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para mantener las cosas simples, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento con receta para pacientes ambulatorios cubierto”. medicamento” o “medicamento de la Parte D” cada vez. También usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de Medicamentos cubiertos” o “Formulario”.
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Alguno los medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir como está escrita, el farmacia le dará un aviso por escrito explicando cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar un decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término Legal
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina " determinación de cobertura ".

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le dice lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*. **Pide un excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Pide una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 7.4.**

- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Pídenos que te devolvamos el dinero. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2

¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una “excepción del formulario” .
Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una "excepción del formulario" .
Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una "excepción de nivel" .

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera, puede pedirnos que hagamos una "excepción." Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona que receta deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si acordamos cubrir un medicamento no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos en la Lista de medicamentos.
Nivel 1. No puede solicitar una excepción a la cantidad de costos compartidos que le exigimos que pague la droga.
2. **Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas adicionales o restricciones que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicarle una restricción, puede solicitar una excepción al copago o coseguro cantidad que le exigimos que pague por el medicamento.

Sección 7.3

Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas.

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro médico cuando solicite la excepción.

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

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos decir sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación por lo general es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto mientras su médico continúe prescribiendo el medicamento para usted y ese medicamento continúa siendo seguro y efectivo para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4

Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal

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

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se toman dentro de **las 72 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápidas**” se toman dentro de **las 24 horas** posteriores a la recepción del informe de su médico. declaración.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe estar solicitando un *medicamento que aún no ha recibido*. (No se puede pedir rápido decisión de cobertura para recibir un reembolso por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad funcionar*.
- Si su médico u otra persona que receta nos dice que su salud requiere una “cobertura rápida decisión”, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin su médico o apoyo del prescriptor, decidiremos si su salud requiere que le demos una **decisión de cobertura rápida**. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - o Explica que usaremos los plazos estándar.

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

o Explica que si su médico u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura rápida, le dará automáticamente una decisión de cobertura rápida.

o Le informa cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamación en un plazo máximo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. El capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro prescriptor) o su representante pueden hacerlo. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la "declaración de respaldo**, que es las razones médicas de la excepción. Su médico u otra persona que receta puede enviar por fax o correo la declaración para nosotros. O su médico u otra persona que receta puede informarnos por teléfono y haga un seguimiento enviando por fax o por correo una declaración escrita si es necesario.

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

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - o Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud nos lo exige.
 - o Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisado por una revisión independiente organización.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en parte o en todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

o Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere. o Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- Si nuestra respuesta es afirmativa en parte o en todo lo que solicitó, debemos **proporcionar la cobertura** que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - o Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud a Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisado por una organización de revisión independiente
- Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5

Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 1

Término Legal

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **“redeterminación” del plan.**

Una “apelación rápida” también se denomina **“redeterminación acelerada”.**

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

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” generalmente se realiza dentro de los 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional autorizado deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “apelación rápida”. decisión de cobertura” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El capítulo 2 tiene contacto información.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos Miembro Servicios.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumplió con esta fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, explique la razón por la cual su apelación se atrasó cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente todos los información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona que prescribe para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.** Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

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

o Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. **La Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar" para un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud nos exige que lo hagamos.

o Si no le comunicamos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. **La Sección 7.6** explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa en parte o en todo lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

o Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa en parte o en todo lo que solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

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

Sección 7.6

Paso a paso: cómo presentar una apelación de nivel 2

Término Legal

El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es "**Entidad de revisión independiente**". A veces se le llama "**IRE**".

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

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otra persona que prescribe) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "en riesgo" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su "expediente de caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Tiene derecho a brindar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para la "apelación rápida"

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una "apelación rápida".
- Si la organización accede a darle una "apelación rápida", la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para la "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para "apelaciones rápidas":

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que **solicitado**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Para "apelaciones estándar":

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicar su decisión. • Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Informarle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con las apelaciones proceso.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado juez. **La Sección 10** de este capítulo brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

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

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico también lo está dando de alta pronto

Cuando es admitido en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que dejará el hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día en que sale del hospital se llama su **“fecha de alta”**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que se le está pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir un plazo más largo. estadía en el hospital y se considerará su solicitud.

Sección 8.1	Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos
--------------------	---

Dentro de los dos días de ser admitido en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Te dice:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordenado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal solicitar un retraso en la fecha de su alta para que cubramos su atención hospitalaria durante un mas tiempo.

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

2. Se le pedirá que firme la notificación por escrito para demostrar que la recibió y comprender sus derechos.

- Se le pedirá a usted oa alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso **solo** muestra que ha recibido la información sobre su derechos. El aviso no da su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Mantenga a mano su copia del aviso para que tenga la información sobre cómo hacer una apelar (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si lo necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de su alta, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llame al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumplir con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicios para los miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, un organismo gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debes actuar rápidamente.

¿Cómo se puede contactar con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre su Derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono número de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúa rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad **antes** de salir del hospital y **no más tarde de la medianoche del día de su descarga**.
 - o Si cumple con este plazo, puede permanecer en el hospital **después de** su alta. fecha **sin pagarlo** mientras espera la decisión de Calidad Organización de mejora.
 - o Si **no** cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después su fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar todos los** costos atención hospitalaria que recibe después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte **la Sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos contactemos, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le brinda la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad ("los revisores") preguntarle a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería seguir. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si desea.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisar la información que el hospital y nosotros les hemos dado.

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

- Para el mediodía del día después de que los revisores nos hayan informado de su apelación, recibirá una aviso por escrito de nuestra parte que da su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital, y creemos que es derecho (médicamente apropiado) para que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el mejoramiento de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice que sí, **debemos seguir proporcionando su servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si estos aplican). Además, puede haber limitaciones en su cobertura servicios hospitalarios

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice que no, está diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente apropiado. Si esto sucede, **nuestra cobertura para su internación en el hospital los servicios finalizarán** al mediodía del día **siguiente** a la Organización para la Mejora de la Calidad le da su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a tu llamamiento

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad ha rechazado su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Sección 8.3

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a revisar su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

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

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad volverán a examinar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el mejoramiento de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y las limitaciones de cobertura pueden aplicar.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea llevar su apelación más allá pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado juez. **La Sección 10** de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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

Sección 8.4

¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?

Término Legal

Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina "**apelación acelerada**".

Puede apelar a nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: cómo hacer una apelación alternativa de nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- **Pida una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión "rápida" de su fecha de alta planificada, verificando si fue médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha de alta planificada fue médicamente adecuada. Vemos si la decisión sobre cuándo debe salir del hospital fue justa y siguió todas las reglas.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud de una "revisión rápida".

- **Si respondemos que sí a su apelación,** significa que hemos acordado con usted que aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Continuaremos brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si decimos que no a su apelación,** estamos diciendo que su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados termina el día en que dijimos que terminaría la cobertura.
 - o Si permaneció en el hospital **después** de la fecha de alta planificada, entonces **puede** **tiene que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

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

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Término Legal
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es " Entidad de revisión independiente ". A veces se le llama " IRE ".

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionado con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 al independiente organización de revisión dentro de las 24 horas de cuando le decimos que estamos rechazando su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo este plazo u otros plazos, puedes hacer una denuncia. **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 dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente observarán detenidamente todos los información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su descarga. También debemos continuar con la cobertura del plan de su hospital para pacientes hospitalizados. servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsar o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice que no a su apelación**, significa que están de acuerdo en que su plan la fecha de alta del hospital fue médicamente apropiada.
 - o El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si para aceptar su decisión o pasar al Nivel 3 de apelación.

• La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura también terminará pronto

Sección 9.1	Esta sección trata solo de tres servicios: Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y Servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)
-------------	--

Cuando recibe **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando termine su cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.**

Si cree que estamos cancelando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura
-------------	---

Término Legal
“ Aviso de no cobertura de Medicare ”. Le dice cómo puede solicitar una “ apelación acelerada ”. Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan termine cubriendo su cuidado. El aviso te dice:
- La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.

• Cómo solicitar una “apelación acelerada” para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención por un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el escrito aviso para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que tiene recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.
-

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

Sección 9.3

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período de tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumplir con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicios para los miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, un organismo gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para el mejoramiento de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicitar una *apelación acelerada*. Debes actuar rápidamente.

¿Cómo se puede contactar con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo llegar a esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de Quality Organization de mejora para su estado en el Capítulo 2.

Actúa rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía . del día anterior a la fecha** de entrada en vigencia del Aviso de no cobertura de Medicare.

Su fecha límite para ponerse en contacto con esta organización.

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, y aún desea presentar una apelación, debe hacerlo directamente con nosotros. Para detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte **la Sección 9.5** de este capítulo.

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

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Término Legal
“ Explicación detallada de la falta de cobertura ”. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante este análisis?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad ("los revisores") le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** que explica en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores aceptan su apelación, entonces **debemos seguir brindándole su cobertura. servicios durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si estos aplican). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que no, **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) **después de** esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

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

Sección 9.4

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a revisar la decisión de su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) **después de** la fecha en que dijimos que su cobertura final.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la mejora de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores al día en que la Calidad La Organización de Mejoramiento dijo que no a su apelación de Nivel 1. Puedes pedir esto revisar solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que su cobertura para la atención terminó

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad volverán a examinar 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 decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y puede haber cobertura limitaciones que aplican.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le dirá por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado juez.

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

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado juez. **La sección 10** de este capítulo brinda más información sobre el proceso para los niveles 3, 4 y 5 apelaciones.

Sección 9.5

¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?

Puede apelar a nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad para iniciar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, **los primeros dos niveles de apelación son diferentes.**

Paso a paso: cómo hacer una apelación alternativa de nivel 1

Término Legal

Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina "**apelación acelerada**".

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- **Pida una "revisión rápida".** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El capítulo 2 tiene contacto información.

Paso 2: Hacemos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando establecimos la fecha para finalizar el cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la solicitud de una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos acordado con usted que necesita servicios por más tiempo, y continuaremos brindando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y puede haber cobertura limitaciones que se aplican).

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

- Si **rechazamos su apelación**, su cobertura terminará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar o atención en un centro de enfermería especializada, o Servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) **después de** la fecha cuando dijimos que su cobertura terminaría, entonces **tendrá que pagar el costo total** de este cuidado.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Término Legal
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es " Entidad de revisión independiente ". A veces se le llama " IRE ".

Paso a paso: proceso de apelación alternativa de nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.**

Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 al Independiente Revise la Organización dentro de las 24 horas posteriores a la notificación de su negativa a su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo este plazo u otros plazos, puedes hacer una denuncia. **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 dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente observarán detenidamente todos los información relacionada con su apelación.
- Si **esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos su terminaría la cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo seguiríamos cubriendo los servicios.

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

- Si esta organización dice que no a su apelación, significa que están de acuerdo con la decisión nuestro plan hizo su primera apelación y no la cambiará.

o El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le informará en escribir lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado juez. **La sección 10** de este capítulo brinda más información sobre el proceso para los niveles 3, 4 y 5 apelaciones.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1

Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. Aquí está quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice que sí a su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado. A diferencia de una decisión en un Nivel 2 apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si nosotros decida apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - o Si decidimos no apelar, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días naturales siguientes a la recepción del dictamen del Juez de Derecho Administrativo o decisión del abogado adjudicador.

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

o Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia del Nivel 4 solicitud de apelación con los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice que no a su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**

o Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.

o Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará usted una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.

o Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.

o Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.

- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**

o Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.

o Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le dirá si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2**Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

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

Si el valor del medicamento que ha apelado llega a cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. Aquí está quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o no haga el pago más tarde de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - o Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, las apelaciones proceso ha terminado.
 - o Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel de el proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para un nivel 4 apelación.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará usted una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - o Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, las apelaciones proceso ha terminado.
 - o Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con la siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, el aviso le informará si la Las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le dirá a quién contacto y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Este es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1

¿Qué tipo de problemas se manejan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se usa para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respetando tu privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartir información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso contigo? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Sientes que te animan a dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita, o esperando demasiado para conseguirlo? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? O por nuestro Servicios para miembros u otro personal del plan? • Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o recibiendo una prescripción.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
Oportunidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí hay ejemplos: • Usted nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “decisión de cobertura rápida”. apelación”, y hemos dicho que no; puedes hacer un queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puedes hacer un queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubriendo o reembolsando ciertos gastos médicos servicios o medicamentos que fueron aprobados; puedes hacer un queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la revisión independiente organización; puedes hacer una denuncia.

Sección 11.2

Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una “**queja**” también se denomina “**queja**”.
- “**Presentar una queja**” también se denomina “**presentar una queja**”.
- “**Usar el proceso para quejas**” también se denomina “**usar el proceso para presentar una queja**”.
- Una “**queja rápida**” también se denomina “**queja formal acelerada**”.

Sección 11.3

Paso a paso: Presentar una denuncia

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que necesites hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responder a su queja por escrito.

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

- Por lo general, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso. Si hay algo más que necesites hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber. Llame gratis 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 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a Viernes, 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede poner su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Elección de Salud Comunitaria (HMO D-SNP)

ATTN: Departamento/Servicio de Quejas

Mejora

2636 South Loop Oeste, Suite 125

Houston, TX 77054

- La denuncia debe presentarse dentro de los sesenta (60) días del evento o incidente. Debemos completar la investigación de su queja tan pronto como lo requiera su caso en función de su estado de salud, pero a más tardar treinta (30) días después de recibir su queja. Podemos extender el plazo para decidir sobre una queja hasta catorce (14) días si solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y documentamos que la demora es lo mejor para usted.
- Tiene derecho a presentar una queja acelerada siempre que tomemos la decisión de no conceder su solicitud para agilizar su solicitud de un servicio o sus medicamentos, o su apelación por un servicio o sus medicamentos. También tiene derecho a presentar una queja acelerada si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el tiempo necesario para tomar una decisión sobre su solicitud de un servicio o su apelación por un servicio. Para sus quejas formales aceleradas, debemos decidir dentro de las veinticuatro (24) horas si nuestra decisión de negar o retrasar la toma de una decisión acelerada pone en riesgo su vida o su salud y entregarle la notificación a más tardar 24 horas después de recibirla. Cuando se requiere una notificación por escrito para las quejas formales aceleradas, inicialmente podemos proporcionar una notificación verbal de nuestra decisión y debemos entregar una confirmación por escrito de nuestra decisión dentro de los 3 días calendario posteriores a la notificación verbal.
- Un aviso de resolución de quejas brindará una explicación de nuestra investigación y informarle sobre las opciones de resolución de disputas que pueda tener.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios para miembros de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema del que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que seamos capaz de darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.

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

- Si está presentando una queja porque le negamos su solicitud de una “cobertura rápida decisión” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida”. Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- Si **no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por la problema del que se queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 11.4

También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención al Organización de mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre **la calidad de la atención**, también tiene dos opciones adicionales:

- Puede presentar su queja directamente al **Departamento de Mejora de la Calidad Organización**. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal gobierno para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 tiene información de contacto.

O

- Puede presentar su queja tanto al **Departamento de Mejora de la Calidad Organización** y nosotros al mismo tiempo.

Sección 11.5

También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Community Health Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Terminar su membresía en el plan

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la terminación de su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en Community Health Choice (HMO D-SNP) puede ser **voluntario** (su propia elección) o **involuntario** (no su propia elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse. Secciones 2 y 3 proporcionar información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que no elige irse, pero estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos especiales de inscripción:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar al próximo período para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede usar este Período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:

o Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados

o Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado

o Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado

¿ Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que ha optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin cobertura de medicamentos con receta "acreditable" durante un período continuo de 63 días o más,

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para conocer las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía por lo general terminará el primer día de el mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará en este día.

Sección 2.2

Puede finalizar su membresía durante la Inscripción Anual Período

Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual (también conocido como el "Período de inscripción abierta anual"). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - o Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - o Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado

O

 - o Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.

- **Su membresía terminará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el Enero 1.

Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3

Puede finalizar su membresía durante el Medicare Advantage Período de Inscripción Abierta

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- El **período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:

- o Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin medicamentos recetados cobertura.
- o Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.

- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un Plan Medicare Advantage o recibimos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período Especial de Inscripción
--------------------	--

En ciertas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período Especial de Inscripción**.

Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para la “Ayuda adicional” para pagar sus recetas de Medicare. • Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un asilo de ancianos o atención a largo plazo (LTC) hospital.

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: la Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **Los períodos de inscripción varían** según su situación. • **Para saber si es elegible para un Período Especial de Inscripción**, 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 cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Tu puedes elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados. • Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado

- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no recibir cobertura automática. inscripción.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5

¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- Llame a **Servicios para Miembros**.
- Encuentre la información en el manual **Medicare & You 2023** .
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debes hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribise en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción será cancelada automáticamente de Community Health Choice (HMO) D-SNP) cuando la cobertura de su nuevo plan comienza

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debes hacer:
Medicare Original <i>con</i> un plan separado Plan de medicamentos recetados de Medicare	• Inscribábase en la nueva receta de Medicare plano de drogas Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción será cancelada automáticamente de Community Health Choice (HMO D-SNP) cuando la cobertura de su nuevo plan comienza
Medicare Original <i>sin</i> un plan separado Plan de medicamentos recetados de Medicare o Si cambia a Medicare Original y no se inscriba en otro plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un medicamento plan, a menos que haya optado por no participar inscripción automática. o Si cancela su inscripción en Medicare cobertura de medicamentos recetados e ir 63 días o más seguidos sin medicamento recetado acreditable cobertura, es posible que deba pagar un multa por inscripción tardía si se une un plan de medicamentos de Medicare más tarde.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto. • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días de la semana, y pida ser desafiliado. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de la Comunidad Health Choice (HMO D-SNP) cuando su comienza la cobertura en Medicare Original.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

SECCIÓN 4**Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.**

Hasta que finalice su membresía Community Health Choice (HMO D-SNP) y su nuevo Medicare comienza la cobertura, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- Continuar utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o el pedido por correo para surtir sus recetas.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Community Health Choice (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

Community Health Choice (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si sucede algo de lo siguiente:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Tendrá 90 días para recuperar el estado de Medicaid requerido. Después de 90 días, si no tiene el estado requerido de Medicaid o solo QMB, QMB Plus o SLMB+, su membresía finalizará.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses
 - o Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar donde está mudarse o viajar a está en el área de nuestro plan.
- Si llega a ser encarcelado (ir a prisión)
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente presente en los Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que proporcione
cobertura de medicamentos
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se está inscribiendo en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera perturbadora y nos dificulta brindarle atención médica a usted ya otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
 - o Si finalizamos su membresía por este motivo, es posible que Medicare haga que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

¿Dónde se puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 **No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud. razón**

Community Health Choice (HMO D-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo. motivo relacionado con la salud.

Qué deberías hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1- 877- 486-2048).

Sección 5.3 **Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan**

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para cancelar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a este documento *de Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas bajo 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 que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. ubicación dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

La Sección 1557, la disposición de no discriminación de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), establece que es ilegal que cualquier proveedor de atención médica que haya recibido fondos del gobierno federal se niegue a tratar a una persona, o que discrimine a la persona de otro modo, por motivos de 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. Los proveedores de atención médica y las aseguradoras tienen prohibido, entre otras cosas, excluir o tratar negativamente a una persona sobre cualquiera de estas bases prohibidas. La regla final de la Sección 1557 se aplica a los beneficiarios de asistencia financiera del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), los Mercados de Seguros Médicos y los programas de salud administrados por el HHS.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina local. por los Derechos Civiles. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCION 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las reglamentaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Community Health Choice (HMO D-SNP), como organización de Medicare Advantage,

Capítulo 11 Avisos legales

ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes.

Centro Quirúrgico Ambulatorio - Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no excede las 24 horas.

Apelación : una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP), solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores "facturen el saldo" o le cobren más de la cantidad de costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Período de beneficios : la forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios del hospital y del centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.

Medicamento de marca : un medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Etapas de cobertura catastrófica : la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga una copago o coseguro por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) : la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con condiciones crónicas severas o incapacitantes específicas, definidas en 42 CFR 422.2. AC SNP debe tener atributos específicos que van más allá de la provisión de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare y la coordinación de la atención que se requiere de todos los planes de atención coordinada de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de mercadeo e inscripción proporcionada a los C-SNP.

Coseguro : una cantidad que se le puede solicitar que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles.

Queja : el nombre formal de "presentar una queja" es "presentar una queja". El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) : un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluye fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago (o "copago") : una cantidad que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido : el costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando los servicios o medicamentos son recibidos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de "copago" que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento que requiere un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y la cantidad, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

Medicamentos cubiertos : el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos : el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Atención de custodia: la atención de custodia es la atención personal que se brinda en un asilo de ancianos, hospicio u otro establecimiento cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Cuidado de custodia, proporcionada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por el cuidado de custodia.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Tarifa diaria de costo compartido: se puede aplicar una “tarifa diaria de costo compartido” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes.

Este es un ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa diaria de costo compartido” es de \$1 por día.

Deducible : la cantidad que debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que pague nuestro plan.

Cancelación o cancelación de la inscripción : el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y envasar la receta.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad : una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo Médico Duradero (DME) – Cierta equipo médico que ordena su doctor por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar.

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

Atención de emergencia : servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesario para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación : este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro archivo adjunto, anexo u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer. como miembro de nuestro plan.

Excepción : un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe con otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción del formulario).

Ayuda adicional : un programa estatal o de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y 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.

Queja : un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica cobertura ni pago.
disputas

Auxiliar de atención médica en el hogar : una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Hospicio : un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige el hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estadía en el **hospital como paciente internado**: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio".

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de Cobertura Inicial – El límite máximo de cobertura bajo la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de cobertura inicial : esta es la etapa antes de que los costos de su bolsillo para el año alcancen los \$7,400.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en las Partes A y B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses período que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan institucional para necesidades especiales (SNP) : un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos establecimientos pueden incluir un establecimiento de enfermería especializada (SNF), un establecimiento de enfermería (NF), (SNF/NF), un establecimiento de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un establecimiento psiquiátrico para pacientes internados y/o establecimientos aprobados por CMS que proporciona

servicios de atención médica similares a largo plazo que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un Plan de Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) la(s) instalación(es) LTC específica(s).

Plan de Necesidades Especiales Equivalente Institucional (SNP) – Un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de atención institucional basado en la evaluación del Estado.

La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectiva y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”) : una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS) : consulte “Ayuda adicional”.

Monto máximo de desembolso personal: lo máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo hacia el monto máximo de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este desembolso máximo).

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos para algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

Necesario desde el punto de vista médico : servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico, la o el tratamiento de su condición médica y cumplir con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare : el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage : el período de tiempo desde el 1 de enero hasta marzo 31 cuando los miembros en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si tu escoges Para cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA) : a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) HMO, ii) PPO, iii) plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados**.

Plan de Costo de Medicare : un Plan de Costo de Medicare es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos según la sección 1876(h) de la Ley.

Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare : un programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que han llegado a la Etapa del período sin cobertura y que aún no reciben "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare : servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todo Medicare los planes de salud deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como servicios de la vista, dentales o auditivos, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: una compañía privada que tiene un contrato con Medicare ofrece un plan de salud de Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costo de Medicare, Planes de Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Piloto y Programas de Atención Integral para Ancianos (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D) : seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare) : seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar los "vacíos" en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o "Miembro del Plan") : una persona con Medicare que es elegible para obtener los servicios cubiertos, quién se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para miembros : un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Farmacia de la red : una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el Estado para brindar servicios de atención médica. Los **"proveedores de la red"** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Determinación de la organización : una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o "Medicare de pago por servicio"): el gobierno ofrece Medicare Original y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de montos de pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica establecidos por el Congreso.

Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red : un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni están operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo : consulte la definición de "costo compartido" anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo "de bolsillo" del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para personas mayores) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles para ayudar a las personas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D : el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la **Parte D** : Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D : una cantidad que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Plan de **organización de proveedores preferidos (PPO)** : un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los costos de su bolsillo por los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos)

y un límite más alto en sus costos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima : el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa : aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra "autorización previa". Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el **mejoramiento de la calidad (QIO)** : un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad : una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Servicios de rehabilitación : estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio : un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (**SNF**): **atención de** enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un asilo de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada : una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI son no es lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de **urgencia** : servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicios para miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP)

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAMAR	(833) 276-8306 Las llamadas a este número son gratuitas. Community Health Choice HMO D-SNP está abierto del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado. Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	Las llamadas al 711 a este número son gratuitas. Community Health Choice HMO D-SNP está abierto del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.
FAX	(713) 295-7041
ESCRIBE	Apartado postal 301413 Houston, TX 77230
SITIO WEB	http://www.communityhealthchoice.org/Medicare

Programa estatal de seguro de salud para Texas: el Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Método	Información del contacto
LLAMAR	(800) 252-9240
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBE	Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) PO Box 149104 Austin, TX 78714-9030
SITIO WEB	https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/index.html

Declaración de divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Seguridad Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.