



MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS  
**MANUAL PARA MIEMBROS**  
E INFORMACIÓN DE DIVULGACIÓN 2023

**CommunityHealthChoice.org**  
713-295-6704 | 1-855-315-5386

COMMUNITY\_IND\_2023\_HANDBOOK





# NÚMEROS DE TELÉFONO IMPORTANTES

1-855-315-5386

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

SERVICIOS A PROVEEDORES  
(Elegibilidad/Autorizaciones/Beneficios/Reclamaciones)

713-295-6704

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

7-1-1

Número TDD para personas con problemas de audición

1-800-835-2362

Teladoc

\* Los servicios de telesalud de Teladoc están disponibles para los Miembros inscritos en todos los planes del mercado, excepto Community Premier Virtual 11.

1-833-955-1528

Línea de asesoramiento médico

1-866-646-6963

Doctor On Demand

\* Los servicios virtuales de Doctor On Demand (Médico a pedido) están disponibles para los Miembros inscritos en el plan Community Premier Virtual 11.

1-866-333-2757

Farmacia (Navitus Health Solutions)

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

1-800-552-6694

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

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

1-844-293-1752

Visión (Envolve Vision)

[visionbenefits.envolvehealth.com](https://visionbenefits.envolvehealth.com)

1-855-539-5881

Servicios de Salud Conductual y  
Abuso de Sustancias

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

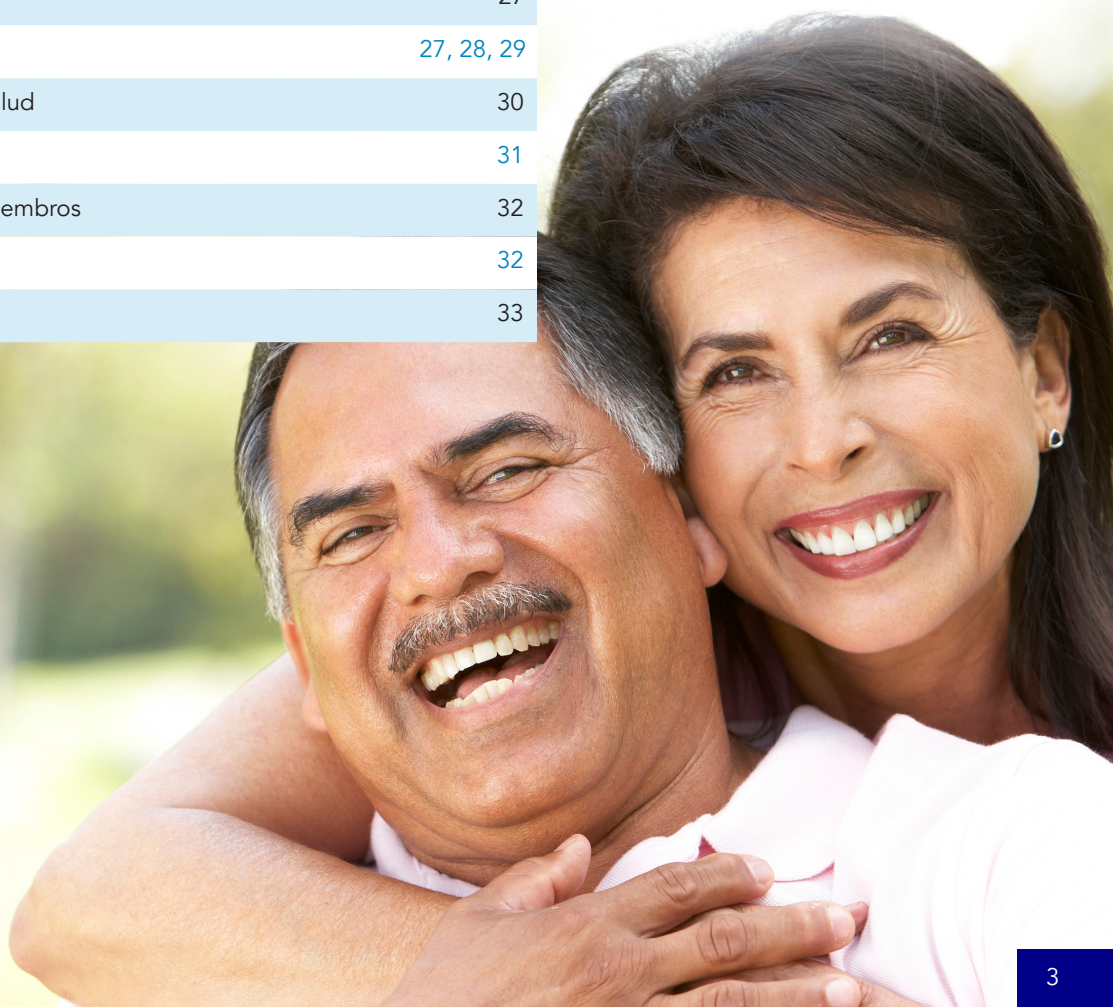
1-877-888-0002

Línea Directa de Mala Administración,  
Fraude o Abuso

Escribanos o venga a visitarnos a:  
Community Health Choice, Inc.  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, TX 77054  
[www.CommunityHealthChoice.org](https://www.CommunityHealthChoice.org)

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

|                                                                                                                    |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Bienvenido a Community Health Choice                                                                               | 4          |
| Servicios cubiertos                                                                                                | 5          |
| Programa de valor añadido                                                                                          | 6          |
| Emergencias, atención médica fuera del horario de atención, proveedores fuera de la red y servicios fuera del área | 8          |
| Responsabilidades financieras                                                                                      | 11         |
| Limitaciones y lista de medicamentos preferidos                                                                    | 12         |
| Autorización previa                                                                                                | 14         |
| Continuidad de la atención médica                                                                                  | 16         |
| Derechos y responsabilidades de los Miembros                                                                       | 16         |
| Quejas y apelaciones de determinaciones adversas                                                                   | 17         |
| Apelaciones                                                                                                        | 18         |
| Proveedores de la red                                                                                              | 20         |
| Áreas de servicio del Mercado de Seguros Médicos                                                                   | 21         |
| Cómo utilizar sus beneficios                                                                                       | 22         |
| Fraude y abuso                                                                                                     | 27         |
| Aviso de prácticas de privacidad                                                                                   | 27, 28, 29 |
| Definiciones de la cobertura de salud                                                                              | 30         |
| Preguntas frecuentes                                                                                               | 31         |
| Encuesta de satisfacción de los miembros                                                                           | 32         |
| Agradecimiento                                                                                                     | 32         |
| Asistencia en distintos idiomas                                                                                    | 33         |



# ¡BIENVENIDO A COMMUNITY HEALTH CHOICE!

## Gracias por elegir a Community Health Choice (Community).

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

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

### Manual para Miembros

Este manual es una guía para ayudarle a recibir la atención médica que necesita y es un complemento de la **Evidencia de Cobertura** y del Resumen de Beneficios y Cobertura. En su interior, encontrará información importante sobre su cobertura. Todos los documentos están en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) y podemos enviárselos por correo si así lo solicita. Comuníquese con Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386, o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org).

### Evidencia de Cobertura

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

### Resumen de beneficios y cobertura

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

### Servicios para Miembros

Si tiene preguntas sobre su cobertura, puede comunicarse telefónicamente con Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386, o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org).

Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto los días festivos aprobados por el estado. Hablamos inglés y español, pero podemos conseguirle un intérprete que hable su

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

- Comprender sus beneficios.
- Elegir o cambiar de proveedor de atención primaria.
- Encontrar a un especialista.
- Enviarle una nueva tarjeta de identificación de Miembro.
- Resolver quejas o problemas.

### Evaluación de nuevas tecnologías

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

### Decisiones de administración de uso

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

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

### Mejora de la calidad

Nuestro Departamento de Mejora de la Calidad ayuda a Community a proporcionarle acceso a una atención de alta calidad. Si desea obtener más información sobre nuestro Programa de Mejora de la Calidad, comuníquese sin cargo con Servicios para Miembros al 1-855-315-5386.

# SERVICIOS CUBIERTOS

Los gastos de atención médica cubiertos deben considerarse médicamente necesarios y, en algunos casos, requieren autorización previa de Community. Una lista de servicios cubiertos y servicios que requieren autorización previa se encuentra disponible en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org).

El siguiente es un resumen de los beneficios cubiertos. Si bien se mencionan a continuación, los beneficios están sujetos a las exclusiones, las limitaciones y los costos compartidos del Miembro, como se describe en la Evidencia de Cobertura. Para obtener más información sobre cada servicio cubierto, revise la Evidencia de Cobertura o comuníquese con Servicios para Miembros para pedir la lista llamando al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386 o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org).

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

## ¿Mi cobertura incluye hospitales? —

Community Health Choice ofrece hospitales de la red que están cerca y son convenientes. Puede consultar nuestra red de hospitales en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). Hable con su PCP o especialista y pregúntele dónde tiene privilegios. Pregunte a su médico cuál es el mejor hospital para su enfermedad. Es importante utilizar un hospital de la red cuando busque atención. En caso de emergencia, vaya a la sala de emergencias más cercana.

## Servicios de farmacia —

Los servicios de farmacia son brindados por Navitus. Su red incluye a más de 64,000 farmacias independientes y cadenas de farmacias de venta al por menor, entre las que se encuentran cadenas nacionales como Walgreens, HEB, Kroger, Walmart, entre otras. La lista completa de las farmacias que participan está disponible en su sitio web: [www.Navitus.com](http://www.Navitus.com) o llamando sin cargo a Servicios para Miembros de Navitus al 1-866-333-2757. Puede llamar a Navitus las 24 horas del día, los siete días de la semana. La Guía para Miembros de Navitus está en nuestro sitio web en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) en la sección Planes y beneficios.

Se incluye un programa de envíos por correo en sus beneficios de farmacia. Los beneficios son proporcionados a través de Postal Prescription Services (una filial de Kroger Co.). Por participar en el programa de envíos por correo, puede pedir que se le envíe un suministro para un máximo de 90 días directamente a su hogar o a su oficina. Para inscribirse por Internet, ingrese a [Ppsrx.com](http://Ppsrx.com) y elija "Mail Order Pharmacy" (Farmacia de envíos por correo) o llame a Kroger sin cargo al 1-800-552-6694.

## Cobertura de medicamentos con receta —

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

Una copia de esa lista se encuentra disponible en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). Puede solicitar una copia a nuestro Departamento de Servicios para Miembros llamando al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386, o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org).

## Cuidado de la visión —

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

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

## Salud mental —

### ¿CÓMO OBTENGO AYUDA SI TENGO PROBLEMAS DE SALUD (MENTAL), ALCOHOL O DROGAS?

Si usted o su dependiente tienen un problema de salud mental, alcohol o drogas, llame a Community Health Choice sin cargo al 1-855-539-5881, las 24 horas del día, los siete días de la semana. La información está disponible en inglés y en español, pero también hay intérpretes disponibles. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya al hospital más cercano.

### ¿NECESITO UNA REFERENCIA PARA ESO?

No necesita ver antes a su proveedor de cuidado primario (PCP) ni pedirle una referencia. Algunos problemas de salud mental o abuso de sustancias también pueden necesitar atención urgente. Para obtener ayuda con estos problemas o para obtener más información, por favor llame a Community Health Choice.

Community cumple con lo establecido por la Ley de Paridad de la Salud Mental y la Equidad de las Adicciones (MHPAEA). Hacemos revisiones para asegurarnos de que los requisitos para las autorizaciones y tratamientos de los beneficios de salud mental sean iguales a los beneficios médicos.

## Agotamiento de los beneficios —

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

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

[www.healthcarebluebook.com](http://www.healthcarebluebook.com)

[www.webmd.com](http://www.webmd.com)



# PROGRAMA DE VALOR AÑADIDO

## Servicios de Telesalud

Community Health Choice ofrece servicios a través de un proveedor de telesalud a todos sus miembros del Mercado de Seguros Médicos, excepto a aquellos inscritos en Community Premier Virtual 11.

Mediante un proveedor de telesalud, Community le brinda acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año a una atención médica de calidad a través de consultas telefónicas y por video. Los médicos disponibles a través de nuestro proveedor son médicos certificados con licencia del estado de Texas. Con estos servicios, tiene acceso a una atención médica conveniente y de calidad sin costo alguno para usted. También puede llamar sin cargo al 1-800-835-2362.

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

### Doctor On Demand

Para tener en cuenta: Los miembros inscritos en el **plan Community Premier Virtual 11** deben acceder a los servicios de atención médica virtual a través de Doctor On Demand. Doctor On Demand ofrece acceso a atención médica de rutina a través de consultas por teléfono o video, para síntomas de gripe y resfrió, infecciones respiratorias, problemas en los senos nasales, bronquitis, alergias, infecciones de oído, infecciones del tracto urinario, problemas de la piel, entre otros. Los servicios recibidos por medio de Doctor On Demand tendrán una cobertura del 100 %, sin gastos de bolsillo por parte del Miembro.

Doctor On Demand está compuesto de médicos certificados, psicólogos con PhD y PsyD, y psiquiatras certificados por el Consejo. También cuentan con equipos de atención clínica de apoyo, como Enfermeros Registrados (RN), Auxiliares de Enfermería con Licencia (LPN), Educadores Especializados en Diabetes, Consultores en Lactancia, Doctores en Ciencias Farmacéuticas, Instructores de Salud, Coordinadores de Derivaciones y Trabajadores Sociales.

### USTED DEBERÍA UTILIZAR LOS SERVICIOS DE TELESALUD:

- 1 Si su PCP no está disponible.
- 2 Si está pensando en acudir a una sala de emergencias o a un Centro de Atención de Urgencia por un problema que no sea de emergencia fuera del horario de atención.
- 3 Si se enferma estando de vacaciones durante un viaje de negocios o estando lejos de su hogar.
- 4 Para obtener renovaciones de recetas o medicamentos con receta a corto plazo que no sean narcóticos, siempre que sea médicamente apropiado.

## Programa de Administración de Cuidado

Nuestro equipo de Administración de Cuidado se enfoca en coordinar las intervenciones de cuidado de la salud para miembros calificados. Nos concentramos en sus necesidades y nos comunicamos con usted si notamos que quizás no esté aprovechando al máximo los recursos disponibles, como medicamentos y proveedores. Nuestro objetivo es mejorar su conocimiento acerca de las maneras posibles de optimizar su calidad de vida para que se sienta bien todos los días. Identificamos a las mujeres embarazadas que están en riesgo de tener un parto prematuro. Cuando los bebés nacen de forma prematura, ayudamos a evaluar y coordinar las necesidades de los recién nacidos una vez que se encuentran en su hogar. Nuestro equipo de Administración de Cuidado también hace el seguimiento de ciertos miembros que sufren de asma o diabetes y los ayudan a adquirir conocimientos para que puedan gestionar ellos mismos su enfermedad. También ayudamos a los miembros que puedan tener dificultades para coordinar su propio cuidado. Para unirse al programa, llame a nuestro Departamento de Administración de Cuidado al 832-CHC-CARE (832-242-2273), o sin cargo al 1-844-297-4450.

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





# EMERGENCIAS, ATENCIÓN MÉDICA FUERA DEL HORARIO DE ATENCIÓN, PROVEEDORES FUERA DE LA RED Y SERVICIOS FUERA DEL ÁREA

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

### ¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan? —

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

Si necesita atención de emergencia:

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

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

## ¿Qué es la atención urgente? ¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan? —

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

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

Si tiene un problema urgente, lo cual incluye atención especializada de urgencia, debe ser atendido dentro de las 24 horas. Siga estos pasos para obtener servicios fuera del horario de atención o atención urgente:

- 1 Comuníquese con su PCP, su reemplazo o con el servicio de mensajería de guardia.
- 2 Si su PCP no está disponible, vaya a un centro de atención de urgencias que sea un proveedor de la red. Consulte nuestro directorio de proveedores de la red en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). Consulte el directorio en línea antes de obtener algún servicio para asegurarse de que el proveedor aún figure en nuestra red. Si no tiene acceso a nuestro directorio en línea, comuníquese con Servicios para Miembros de

Community al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386, o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org).

- 3 Debe recibir cualquier servicio de seguimiento de su PCP o un proveedor de la red.
- 4 Debe pagar los deducibles o copagos requeridos para la atención urgente.

## ¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi PCP está cerrado? —

- Comuníquese con su PCP, su reemplazo o con el servicio de mensajería de guardia.
- Llame a nuestra línea gratuita de Asesoramiento Médico al 1-833-955-1528. Nuestros enfermeros pueden ayudarle a recibir la atención médica adecuada para su problema de salud. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.
- Llame a los servicios de telesalud de Teladoc si es elegible. Community Health Choice ofrece servicios de telesalud a todos sus Miembros del Mercado de Seguros Médicos, excepto a aquellos inscritos en Community Premier Virtual 11. También puede llamar sin cargo al 1-800-835-2362. Los servicios de telesalud le brindan acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año a una atención médica de calidad por vía telefónica, sin costo alguno para usted. Estos médicos cuentan con licencia del estado de Texas y tienen un promedio de 15 años de experiencia práctica en la atención de pacientes adultos y/o pediátricos. En la sección "Servicios de valor añadido" de este manual, podrá obtener más información acerca de los servicios de telesalud.
- Los miembros inscritos en el plan Community Premier Virtual 11 pueden acceder a la atención médica virtual a través de Doctor on Demand al 1-866-646-6963.

## ¿Qué es la atención médica de rutina? ¿Qué tan pronto puedo esperar que me atiendan? —

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

## Cómo utilizar un proveedor fuera de la red

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

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

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

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

La ley de Texas establece que, si los servicios no están disponibles por proveedores de nuestra red, según se describe anteriormente, usted solo debe pagar el copago u otro monto de gastos de bolsillo aplicables que hubiera pagado si nuestra red incluyera proveedores de los cuales hubiera podido recibir tales servicios. Si recibe una factura de un proveedor que no pertenece a la red, comuníquese con nosotros al 1-855-315-5386.

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

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

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

Si aprobamos una referencia para servicios de proveedores fuera de la red porque no se dispone de un proveedor de la red o si ha recibido servicios de atención de emergencia por parte de un proveedor fuera de la red, en la mayoría de los casos debemos ocuparnos de resolver la factura de ese proveedor fuera de la red de modo que solo tenga que pagar los copagos, coseguros o deducibles de la red correspondientes.

Puede obtener un directorio actualizado de los proveedores de la red en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). Nuestro directorio en línea se actualiza todas las semanas. Si no tiene acceso a nuestro directorio en línea, comuníquese con Servicios para Miembros de Community al

713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386, o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org). Si se basó en información del directorio materialmente inexacta, puede tener derecho a recibir el pago de una reclamación correspondiente a un proveedor fuera de la red como si este formara parte de la red. En ese caso, debe presentarnos una copia de la información inexacta contenida en el directorio, cuya fecha de vigencia debe encuadrarse dentro de los treinta (30) días anteriores a que recibiera el servicio.

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

Los únicos servicios cubiertos cuando se encuentra fuera del área de servicio son los servicios de emergencia o los autorizados por Community. Si necesita servicios de emergencia mientras se

encuentra fuera de nuestra área de servicio, diríjase al hospital más cercano. Cubrimos la atención médica de emergencias verdaderas cuando usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio. No es necesario que llame a su proveedor de atención primaria antes de recibir atención de emergencia. Debe recibir cualquier servicio de seguimiento posterior a su visita a la sala de emergencias por parte de su proveedor de cuidado primario o un proveedor de la red.

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

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

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

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

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

1. Su nombre, los servicios recibidos y el número de Miembro.
2. El formulario de reclamación médica de Community disponible en nuestro sitio web.
3. Autorización para la divulgación de información médica, incluidos los nombres de todos los proveedores que le brindaron servicios.
4. Una factura detallada, que incluya los procedimientos y el diagnóstico.
5. Si es posible, una carta de la necesidad médica y las anotaciones del procedimiento por parte del proveedor que lo atiende.
6. Comprobante de pago de la atención médica.
7. Información sobre otra cobertura de seguro.

A excepción de los servicios de emergencia y las excepciones específicas descritas anteriormente y en nuestra Evidencia de Cobertura, su plan no cubre ningún beneficio fuera del área de prestación de servicios del plan. Si recibió atención médica fuera de los Estados Unidos, además de la información anterior, también presente lo siguiente:

1. Comprobante del viaje fuera de los Estados Unidos, como los pasajes de avión o los sellos en el pasaporte.
2. Una explicación relativa a la atención médica recibida fuera de los Estados Unidos.

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

## ¿Qué debo hacer si me mudo?

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

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





## RESPONSABILIDADES FINANCIERAS

### Pago de Primas

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

**POR EJEMPLO:**

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

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

- Pago con tarjeta de crédito por teléfono
- Pago electrónico a través de la cuenta My Member Account de Community Health Choice
- Cheque o giro postal enviado por correo directamente a Community Health Choice

**LOS CHEQUES O GIROS POSTALES DEBEN SER PAGADEROS Y ENVIADOS POR CORREO A: COMMUNITY HEALTH CHOICE, INC.**

P.O. Box 844124  
Dallas, TX 75284-4124

### ¿Qué sucede si no pago mi prima puntualmente?

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

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

### Deducibles y copagos

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

Esta información está incluida en el Resumen de Beneficios y la Evidencia de Cobertura, que están disponibles en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). También podemos enviarle una copia por correo. Comuníquese con Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386, o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org). También puede iniciar sesión en su cuenta My Member Account. Consulte su guía para Miembros para obtener instrucciones adicionales.

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

### Uso de proveedores de la red

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



## LIMITACIONES Y LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS

Community no ofrece cobertura para todos los gastos de atención médica. Su plan tiene limitaciones y exclusiones. El siguiente es un resumen de los servicios no cubiertos.

Pueden aplicarse exclusiones o limitaciones adicionales. Por favor consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más detalles y determinar qué servicios de cuidado de la salud están cubiertos y en qué medida.

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

### Exclusiones o limitaciones generales:

---

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

## Exclusiones o limitaciones de los medicamentos con receta

- Medicamentos que no estén incluidos en la lista de medicamentos.
- Suplementos dietéticos, excepto las fórmulas enterales y los suplementos nutricionales para el tratamiento de la fenilcetonuria (PKU) o determinadas enfermedades metabólicas hereditarias y fórmulas elementales a base de aminoácidos, según lo establecido en la Evidencia de Cobertura.
- Productos nutricionales.
- Cualquier medicamento recetado para usar con un fin que no siga las indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o las indicaciones no específicas reconocidas en la literatura médica arbitrada.
- Cualquier fármaco medicación o medicamento en cuya etiqueta diga: "Advertencia: limitado por la ley federal para ser utilizado en investigaciones" o que sea experimental o de investigación.
- Extractos alérgenos.
- Implantes para la administración de medicamentos.
- Medicamentos para mejorar el rendimiento deportivo.
- La administración o la inyección de cualquier fármaco.
- Aparatos o dispositivos terapéuticos, excepto según lo establecido expresamente en la Evidencia de Cobertura.
- Anorexígenos o cualquier medicamento utilizado con el objetivo de controlar el peso.
- Abortivos (medicamentos utilizados para inducir el aborto).
- Cualquier medicamento utilizado con fines estéticos.
- Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad.
- Cualquier medicamento recetado para la impotencia o la disfunción sexual.
- Cualquier medicamento administrado por un clínico en un centro de atención médica o en un entorno clínico.

Además, este plan no cubre todos los medicamentos con receta y algunos medicamentos con receta requieren autorización previa. Revise primero la lista de medicamentos preferidos. Si fuera necesario, comuníquese con su proveedor para obtener una autorización previa o una referencia para un medicamento con receta cubierto.

En algunos casos, es posible que tenga que probar un medicamento con receta antes de recibir la autorización para tomar otro. Eso se llama terapia escalonada. Su proveedor puede pedirle que no tome alguno de esos medicamentos por motivos médicos. En ese caso, su proveedor debe comunicarse con Community para solicitar una excepción médica.

Si se cumplen ciertas condiciones, no se requiere terapia escalonada para medicamentos recetados asociados con el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en estadio cuatro o afecciones asociadas.

Community Health Choice requiere que sus Miembros utilicen medicamentos genéricos cuando estén disponibles. Para aprobar el uso de un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, el proveedor debe presentar una solicitud de autorización previa. Si se autoriza el uso del medicamento de marca, el Miembro pagará el copago del nivel correspondiente.

Si no se aprueba el uso del medicamento de marca pero el Miembro desea que se le dispense el medicamento de marca, el Miembro pagará el copago del nivel aplicable del medicamento de marca más la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico. Este monto no se aplica al deducible o al gasto máximo de bolsillo del Miembro. Ciertos medicamentos genéricos de costo más alto pueden estar incluidos en un nivel superior y, por lo tanto, tener un copago más alto.





# AUTORIZACIÓN PREVIA

## Autorización previa

---

Autorización previa significa que Community revisa los servicios propuestos y los medicamentos con receta para determinar si son médicamente necesarios antes de proporcionarlos. Requerimos autorización previa para determinados servicios y medicamentos recetados, a menos que su profesional de atención médica tenga una autorización previa para los servicios o medicamentos recetados en particular.

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

Los servicios y medicamentos con receta que requieren o no autorización previa están sujetos a cambios. Tenemos una lista de los servicios que requieren autorización previa y, en una lista de medicamentos con receta cubiertos, se indica cuándo se requiere autorización previa para los medicamentos con receta. Para obtener una lista, visite [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) o comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386, o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org).

Para solicitar la autorización apropiada, su médico o proveedor deben comunicarse con nosotros por teléfono, electrónicamente o por escrito. El número de teléfono al que debe llamar para solicitar autorización está en su tarjeta de identificación de Miembro. Los beneficios no son pagaderos por servicios o medicamentos con receta que no sean servicios cubiertos.

Emitiremos una determinación sobre una solicitud de autorización previa en un plazo máximo de tres (3) días calendario después de la recepción de la solicitud. Si la autorización previa involucra atención médica en un hospital en forma concurrente, emitiremos una determinación dentro de las veinticuatro (24) horas después de haber recibido la solicitud.

Si la autorización previa involucra tratamiento de posestabilización o una afección potencialmente mortal, emitiremos una determinación dentro del plazo correspondiente a las circunstancias relacionadas con la prestación de servicios y las condiciones del afiliado, pero en ningún caso se excederá una hora a partir de haber recibido la solicitud.

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

Lea toda la información sobre autorizaciones previas incluida en la Evidencia de Cobertura. Está disponible en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). Si lo solicita, le enviaremos una copia por correo. Comuníquese con Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704 o sin cargo al 1-855-315-5386 o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org).





## CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

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

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

### LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN NO ESTÁ DISPONIBLE:

- 1 Si el contrato del proveedor ha finalizado por razones de competencia médica o conducta profesional.

- 2 Noventa (90) días después de la fecha en que haya finalizado el contrato del proveedor.
- 3 Una vez vencido el período de nueve meses después de la fecha en que finalizó el contrato del proveedor, si el Miembro fue diagnosticado con una enfermedad terminal en el momento de finalización del contrato.

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



## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

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

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

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

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



# QUEJAS Y APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS

## Quejas

Usted, su proveedor de cuidado de la salud o su representante pueden presentar una queja en su nombre. Si tiene alguna queja, llámenos al 713-295-6704 o sin cargo al 1-855-315-5386. Un asesor de Servicios para Miembros de Community Health Choice puede ayudarle a presentar su queja. La mayoría de las veces, podemos ayudarle de inmediato o a lo sumo en unos pocos días. Si necesita asistencia con el idioma para presentar su queja, comuníquese de manera gratuita con Servicios para Miembros al 1-855-315-5386.

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

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

Dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de recepción de su queja, le enviaremos una carta informándole que recibimos su queja. En esta carta se explicará el proceso de quejas. Community documenta el contenido de su queja e investiga cada queja recibida. Le enviaremos una carta de resolución dentro de los treinta (30) días calendario después de recibir su queja escrita o el formulario de quejas de una página.

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

- No haya evaluado previamente el caso.
- Tenga la misma especialidad (o una similar) que el médico o Proveedor de cuidado de la salud que normalmente manejaría la afección o el procedimiento o el tratamiento médico en evaluación.

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

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

- Nuestro personal
- Proveedores de cuidado de la salud
- Miembros

Los Miembros del CAP no pueden haber participado en el proceso de quejas de ninguna manera. Los proveedores tendrán experiencia en el área de atención apropiada. Los Miembros del Mercado de Seguros Médicos que estén en el CAP no pueden ser empleados de Community.

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

- Toda la documentación que Community debe presentar ante el CAP.
- La especialización del proveedor o médico consultados durante la investigación.
- El nombre y la afiliación de cada Miembro del personal de Community en el CAP.

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

- Reunirse en persona con el CAP.
- Presentar otros testimonios de expertos ante el CAP.
- Pedir que cualquier persona involucrada en la toma de la decisión que provocó la queja esté presente en la reunión para hacerle preguntas.

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

Si no está satisfecho con la respuesta a su queja, también puede enviar su queja al Departamento de Seguros de Texas llamando sin cargo al 1-800-252-3439. Si desea presentar su solicitud por escrito, envíela a:

Texas Department of Insurance Consumer Protection  
P.O. Box 149104  
Austin, TX 78714-9104  
Correo electrónico: [ConsumerProtection@tdi.texas.gov](mailto:ConsumerProtection@tdi.texas.gov)

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



# APELACIONES

## Apelaciones

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

Community Health Choice, Inc.  
Para la atención de: Medical Affairs- Appeals  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, Texas 77054  
713-295-6704 o 1-855-315-5386  
O envíelo por fax a: 713-295-7033.  
Para la atención de: Appeals Coordinator

Si necesita asistencia con el idioma para presentar su apelación, comuníquese sin cargo con Servicios para Miembros al 1-855-315-5386.

Puede enviar por correo su apelación de Salud Conductual a la siguiente dirección:

Community Health Choice. Para la atención de: Behavioral Health Appeals  
P.O. Box 1411  
Houston, TX 77230  
Fax: 713-576-0934 (Solicitudes de apelación estándar)  
Fax: 713-576-0935 (Solicitudes de apelación acelerada)

## Durante el proceso de apelación

Si está hospitalizado, le notificaremos dentro de un día hábil por teléfono o por transmisión electrónica, seguido de una notificación por escrito dentro de los tres (3) días hábiles posteriores. Si no está hospitalizado, se le enviará una notificación por escrito en un plazo de cinco (5) días hábiles.

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

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

## Respuesta a una apelación estándar

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

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

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

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

## Proceso de apelación acelerada

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

Las solicitudes de apelación acelerada se decidirán de acuerdo con la urgencia médica de su afección, procedimiento o tratamiento, pero de ningún modo en un plazo mayor a un (1) día hábil a partir de la fecha en que se reciba toda la información necesaria para completar la apelación o setenta y dos (72) horas, lo que suceda primero. La determinación puede ser proporcionada por teléfono o por transmisión electrónica, pero usted recibirá una carta dentro de los tres (3) días hábiles de la notificación inicial por teléfono o por transmisión electrónica.

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

## Revisión externa independiente: Apelaciones

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

## Respuesta a una apelación de medicamentos de farmacia estándar

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

### LA RESPUESTA POR ESCRITO INCLUIRÁ:

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

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

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

## Proceso de apelación de farmacia acelerada

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

## Revisión externa independiente: Apelaciones de farmacia

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

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

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

## Determinaciones adversas retrospectivas

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

## Quejas sobre determinaciones adversas

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

Texas Department of Insurance Consumer Protection  
Section (MC 111-1A)  
P.O. Box 149091 Austin, TX 78714-9091  
Correo electrónico: [ConsumerProtection@tdi.texas.gov](mailto:ConsumerProtection@tdi.texas.gov)  
1-800-252-3439



# PROVEEDORES DE LA RED

## Encontrar a un proveedor de nuestra red

Consulte nuestro directorio de proveedores de la red en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). Nuestro directorio en línea se actualiza en tiempo real. Consulte el directorio en línea antes de obtener algún servicio para asegurarse de que el proveedor aún figure en nuestra red. Cuando haga la búsqueda, asegúrese de seleccionar la red adecuada para el plan en el que está inscrito. Si no tiene acceso a nuestro directorio en línea, comuníquese con Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386, o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org).

Nuestro directorio en línea proporciona un listado alfabético de todos los médicos y proveedores, incluidos especialistas. Nuestro directorio en línea también cuenta con una lista de proveedores que se especializan en salud conductual y tratamiento por abuso de sustancias. Busque en nuestro directorio en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org).

## Utilizar un proveedor de nuestra red

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

## Ver a un especialista

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

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

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

Todas las necesidades médicas se deben analizar con el PCP. Aunque permitimos el acceso abierto a médicos especializados sin una referencia de un PCP o autorización nuestra, algunos médicos

especializados requerirán una referencia de su PCP. Si usted y su PCP determinan que necesita consultar a un médico especializado, el PCP puede recomendar uno específico para sus necesidades médicas.

Requerimos autorización previa para determinados servicios. Visite nuestro sitio web en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) o llame al número telefónico de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación de Miembro para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.

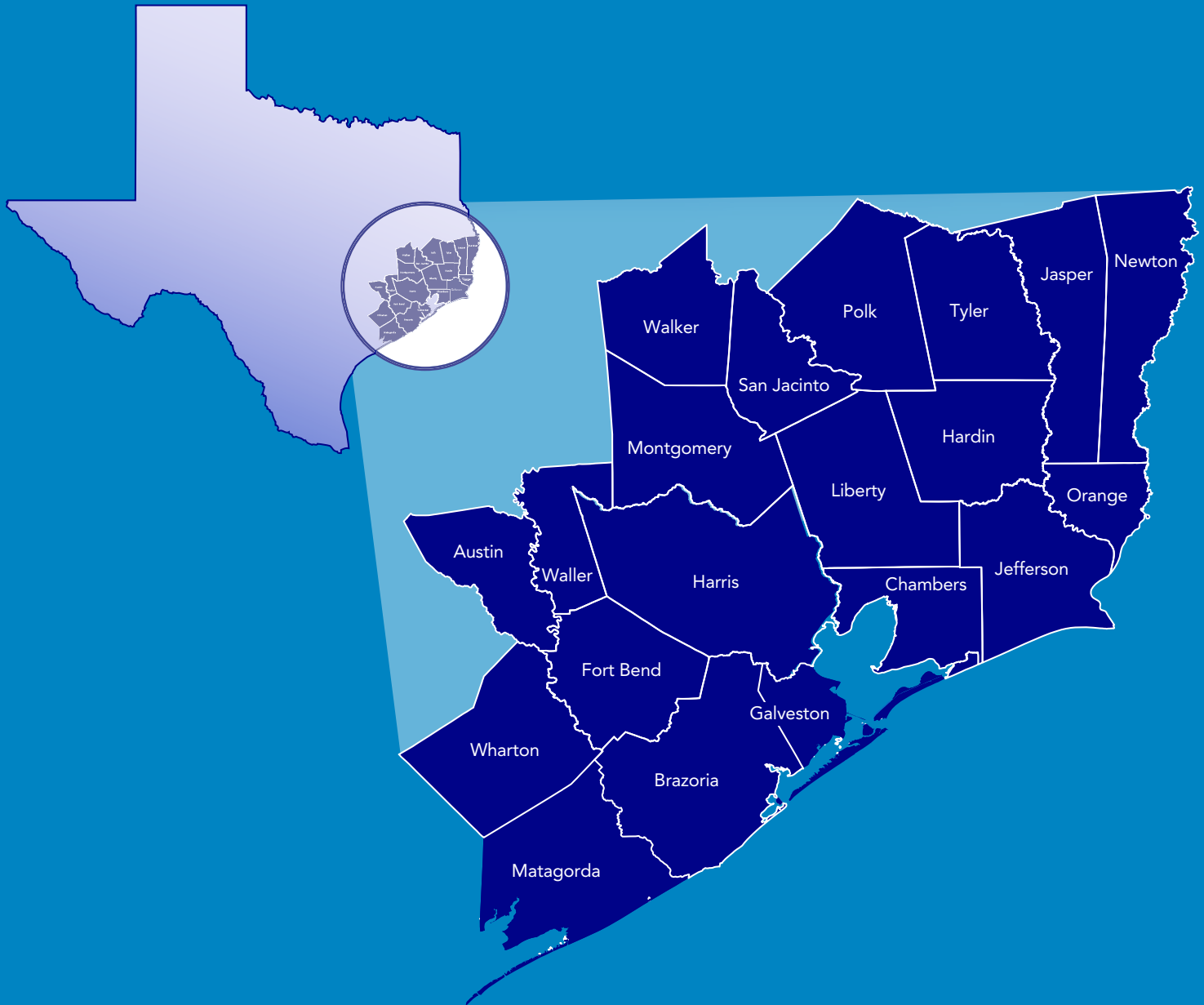
## ¿Qué significa “Medicamento Necesario”?

Esto significa el alcance requerido de un servicio, tratamiento o procedimiento médico que un profesional del cuidado de la salud le proporcionaría a un paciente con el propósito de diagnosticar, aliviar o tratar una enfermedad o una lesión corporal, o sus síntomas. El hecho de que un profesional de la salud recete o dirija un servicio no lo hace medicamento necesario o cubierto en función de esta enfermedad. El servicio, tratamiento o procedimiento de la atención médica debe:

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



# ÁREAS DE SERVICIO DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS





# CÓMO UTILIZAR SUS BENEFICIOS

## Información sobre beneficios

Puede obtener toda la información sobre los beneficios de los Miembros en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org), a través de su página de My Member Account. También puede comunicarse con Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386 o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org).

## Creación de una cuenta de miembro

Para crear una cuenta de Miembro:

- Ingrese a [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org).
- Haga clic en Inicio de sesión para miembros.
- Seleccione "Mercado de seguros médicos" como producto.
- Haga clic en "Crear una cuenta en línea".
- Ingrese su información de miembro.

## SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE COMMUNITY CARE

**Marketplace Plan**

**Member:**

**Member ID:**

**Plan name:**

**Effective date:**

**Assigned Provider:**

**Deductibles**

**In-network visit**  
after meeting deductible

**Prescription cost**  
after meeting deductible

Individual: PCP: Generic:

Family: Specialist: Preferred:

Urgent care: Non-preferred:

Hospital ER: Specialty:

No charge for preventive care. \* Deductible does not apply.

**Pharmacy:** Navitus Health Solutions **BIN:** 610602 **PCN:** NVT **RXGroup:**

**How to use your benefits**

1. Show this card when you get care
2. Pay for 100% of your care until you meet your deductible
3. After that, pay the copay or coinsurance that's due at the time of service
4. Some services require pre-authorization, check your plan to find out
5. In a health emergency, call 9-1-1 or go to the nearest hospital ER

**Send claims to:** Community Health Choice, Inc. P.O. Box 301424, Houston, TX 77230

**Electronic claims:** Payer ID 60495

**i** For more information about your plan, log in to your Member Account at [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org).

**Helpful numbers**

**Community Health Choice**  
713.295.6704 or  
1.855.315.5386 (toll-free)

**Talk to a doctor 24/7**  
1.800.835.2362

**Nurse Hotline**  
1.833.955.1528

**Behavioral health**  
1.855.539.5881

**NAVITUS**  
HEALTH CHOICE

- ID DE MIEMBRO**  
Su identificador exclusivo. Use este número de identificación en todas sus reclamaciones y consultas. Este también es el número utilizado para crear su cuenta My Member Account.
- NOMBRE DEL PLAN**  
Este es el plan que usted seleccionó.
- FECHA DE VIGENCIA**  
La fecha en que comienza la cobertura.
- PROVEEDOR ASIGNADO**  
Nombre de su proveedor de atención primaria.
- DEDUCIBLE**  
El monto que usted debe pagar por los gastos de atención médica antes de que el seguro cubra los costos.
- COSTO COMPARTIDO**  
Los costos compartidos cubiertos por su aseguradora que paga de su bolsillo.
- COSTO DE LA RECETA**  
El monto que usted debe pagar por los medicamentos.
- Su farmacéutico usará esta información para procesar su receta.**
- Su proveedor usará esta información para procesar su reclamación.**

## Tarjeta de identificación de Miembro del Mercado de Seguros Médicos

Siempre que reciba servicios médicos lleve su tarjeta de identificación.

### Marketplace Plan

**Member:**  
**Member ID:**  
**Plan name:**  
**Effective date:**  
**Assigned Provider:**

| Deductibles | In-network visit after meeting deductible | Prescription cost after meeting deductible |
|-------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Individual: | PCP:                                      | Generic:                                   |
| Family:     | Specialist:                               | Preferred:                                 |
|             | Urgent care:                              | Non-preferred:                             |
|             | Hospital ER:                              | Specialty:                                 |

No charge for preventive care. \* Deductible does not apply.  
**Pharmacy:** Navitus Health Solutions **BIN:** 610602 **PCN:** NVT **RXGroup:** TDI/QHP



COMMUNITY  
HEALTH CHOICE

### How to use your benefits

1. Show this card when you get care
2. Pay for 100% of your care until you meet your deductible
3. After that, pay the copay or coinsurance that's due at the time of service
4. Some services require pre-authorization, check your plan to find out
5. In a health emergency, call 9-1-1 or go to the nearest hospital ER

**Send claims to:** Community Health Choice, Inc. P.O. Box 301424, Houston, TX 77230  
**Electronic claims:** Payer ID 60495

 For more information about your plan, log in to your Member Account at [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org).

---

### Helpful numbers

|                                                                                                                   |                                                                                              |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Community Health Choice</b><br>713.295.6704 or<br>1.855.315.5386 (toll-free)<br><b>Pharmacy</b> 1.866.333.2757 | <b>Talk to a doctor 24/7</b><br>1.800.835.2362<br><b>Behavioral health</b><br>1.855.539.5881 | <b>Nurse Hotline</b><br>1.833.955.1528 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|



### Marketplace Plan

**Member:**  
**Member ID:**  
**Plan name:**  
**Effective date:**  
**Assigned Provider:**

| Deductibles | In-network visit | Prescription cost |
|-------------|------------------|-------------------|
| Individual: | PCP:             | Generic:          |
| Family:     | Specialist:      | Preferred:        |
|             | Urgent care:     | Non-preferred:    |
|             | Hospital ER:     | Specialty:        |

No charge for preventive care.  
**Pharmacy:** Navitus Health Solutions **BIN:** 610602 **PCN:** NVT **RXGroup:** TDI



COMMUNITY  
HEALTH CHOICE

### How to use your benefits

1. Show this card when you get care
2. Pay a set copay that's due at the time of service
3. Some services require pre-authorization, check your plan to find out
4. In a health emergency, call 9-1-1 or go to the nearest hospital ER

**Send claims to:** Community Health Choice, Inc. P.O. Box 301424, Houston, TX 77230  
**Electronic claims:** Payer ID 60495

 For more information about your plan, log in to your Member Account at [CommunityHealthChoice.org](http://CommunityHealthChoice.org).

---

### Helpful numbers

|                                                                                                                   |                                                                                              |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Community Health Choice</b><br>713.295.6704 or<br>1.855.315.5386 (toll-free)<br><b>Pharmacy</b> 1.866.333.2757 | <b>Talk to a doctor 24/7</b><br>1.800.835.2362<br><b>Behavioral health</b><br>1.855.539.5881 | <b>Nurse Hotline</b><br>1.833.955.1528 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|



\*Este es un modelo de tarjeta de identificación. Su tarjeta de identificación puede tener ligeras diferencias según el diseño y los requisitos del plan.

## Elección de su proveedor de atención primaria

Una vez hecho el pago inicial, puede seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde atención médica. Debe seleccionar un PCP para usted y para cada dependiente cubierto.

Una vez seleccionado un PCP, este profesional será su hogar médico. Como hogar médico, su PCP necesita saber todo sobre sus necesidades de cuidado de la salud, tanto pasadas como presentes. Asegúrese de que su PCP tenga todos sus expedientes médicos. Si usted es un paciente nuevo, ayude a su PCP a obtener sus expedientes médicos de su médico anterior. Es posible que deba firmar un formulario para autorizar que sus expedientes médicos sean enviados a su nuevo PCP.

Le ofrecemos numerosas opciones para seleccionar los servicios de un PCP. Los siguientes tipos de médicos y proveedores pueden actuar de PCP:

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

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

Si usted tiene una enfermedad crónica, incapacitante o potencialmente mortal, puede solicitar un médico especialista como su PCP a nuestro director médico. Para hacer esta solicitud, comuníquese con los Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704 (sin cargo al 1-855-315-5386). Si su solicitud es rechazada, tiene derecho a solicitar una revisión a través de nuestro proceso de quejas.

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



# CÓMO UTILIZAR SUS BENEFICIOS

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

Usted no debe recibir facturas de un proveedor de la red por un servicio cubierto. En ese caso, llame a Servicios para Miembros de Community para obtener ayuda al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386 o envíe un correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org). Es posible que deba enviar una copia del estado de cuenta detallado y una copia de su tarjeta de identificación de Miembro. Asegúrese de dar su información de seguro al consultorio de su médico antes de comunicarse con Community Health Choice.

## Cambiar su proveedor de atención primaria

Puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros al 713-295-6704 o sin cargo al 1-855-315-5386. La fecha de vigencia del cambio de PCP es el primer día del mes siguiente.

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

## Recibir atención médica

Cuando vaya a recibir atención médica:

- Presente su tarjeta de identificación de Miembro.
- Lleve lápiz y papel para escribir todas sus dudas e inquietudes y así poder abordarlas al mismo tiempo: haga preguntas y tome notas.
- Entregue a su PCP una lista de todos los medicamentos, vitaminas y suplementos que esté tomando.
- Proporcione su historia médica (incluidos sus antecedentes familiares) y mencione todas las alergias que pueda tener.
- Aborde cualquier problema de salud o síntomas que esté experimentando.

## Preguntas para hacer a su proveedor de atención médica

Hacer preguntas y proporcionar información a su médico puede

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

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

## Encontrar un proveedor de nuestra red

Consulte nuestro directorio de proveedores de la red en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). Nuestro directorio en línea se actualiza en tiempo real. Consulte el directorio en línea antes de obtener algún servicio para asegurarse de que el proveedor aún figure en nuestra red.

Cuando haga la búsqueda, asegúrese de seleccionar la red adecuada para el plan en el que está inscrito. Si no tiene acceso a nuestro directorio en línea, comuníquese con Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386, o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org).

Nuestro directorio en línea proporciona claramente un listado alfabético de todos los médicos y proveedores, incluidos especialistas. Nuestro directorio en línea también cuenta con una lista de proveedores que se especializan en salud conductual y tratamiento por abuso de sustancias. Busque en nuestro directorio en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org).

## Utilizar un proveedor de nuestra red

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

## Ver a un especialista

Discuta todas sus necesidades médicas con su PCP. Si usted y su PCP determinan que usted necesita consultar a un especialista, su PCP debe referirlo a un especialista de nuestra red de proveedores.

Nuestra red de proveedores cuenta con una amplia variedad de especialistas. Aunque permitimos el acceso abierto a especialistas sin la referencia de un PCP o autorización nuestra, algunos especialistas requerirán una referencia de su PCP.

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

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

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

Requerimos autorización previa para determinados servicios. Visite nuestro sitio web en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) o llame al número telefónico de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación de Miembro para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.

## ¿Qué significa "Médicamente Necesario"?

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

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





## FRAUDE Y ABUSO

Si sospecha que un Miembro (una persona que recibe beneficios) o un Proveedor (por ejemplo, médico, dentista o asesor, etc.) cometieron fraude, malgasto o abuso, usted tiene la responsabilidad y el derecho a reportarlo. Puede denunciar a Miembros/proveedores directamente a Community en:

Community Health Choice, Inc.  
Special Investigations Unit  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, TX 77054  
1-877-888-0002  
siu@communityhealthchoice.org

Para presentar un informe por internet, visite el sitio web del Departamento de Seguros de Texas (TDI) en [www.tdi.texas.gov/fraud/index.html](http://www.tdi.texas.gov/fraud/index.html) y seleccione los formularios de informe en línea. Si prefiere hablarlo en persona, llame sin cargo a la línea directa de informe de fraudes del Departamento de Seguros de Texas al 1-800-252-3439. Las denuncias pueden presentarse o hacerse en forma anónima.



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

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

### Nuestra responsabilidad hacia usted con respecto a la información protegida sobre la salud

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

#### POR LEY, COMMUNITY DEBE:

- Asegurarse de que su PHI/SPI se mantengan privadas.
- Entregarle esta notificación sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Describe el uso y la divulgación de su PHI/SPI. Seguir los términos de la notificación vigente.

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

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

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

- Nombre de la persona
- Fecha de nacimiento, número de seguro social o número de caso, si lo tiene, de la persona
- Ciudad donde reside esta persona
- Detalles específicos del malgasto abuso o fraude

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

Nos reservamos el derecho a cambiar esta notificación. Puede obtener una copia en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org) o puede comunicarse con nuestro oficial de privacidad y solicitar que le enviemos una copia por correo.



# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

## Cómo Community puede utilizar o divulgar su información protegida sobre la salud (PHI) sin su autorización

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

**TRATAMIENTO.** Community utilizará y compartirá su PHI/SPI para proveer, coordinar o administrar su atención médica y otros servicios. Es posible que la compartamos con médicos y quienes ayudan con su cuidado. En emergencias, la utilizaremos y compartiremos para poder proveer la atención médica que usted necesita. Solo compartiremos lo que sea necesario. Community y sus representantes no usarán o permitirán deliberadamente que alguien más use o distribuya información del afiliado que sea falsa o engañosa.

**PAGO.** Podemos utilizar y compartir su PHI/SPI para recibir pagos por la atención médica que recibió.

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

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

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

**REQUERIDO POR LA LEY.** Por ley, a veces estamos obligados a utilizar o compartir su PHI/SPI. Estos son algunos ejemplos de casos en los que las autoridades de salud pública necesitan esta información para:

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

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

**ORGANISMOS DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD Y ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS DE LOS ESTADOS UNIDOS.** Compartiremos su PHI/SPI cuando los organismos de supervisión de la salud lo dispongan.

**PROCEDIMIENTOS JUDICIALES.** Compartiremos su PHI/SPI por asuntos legales. Debemos recibir una orden judicial u otro proceso legal.

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

**MÉDICOS FORENSES, DIRECTOS FUNERARIOS Y DONACIONES E ÓRGANOS.** Compartimos PHI/SPI con médicos forenses, médicos examinadores y directores funerarios. También podemos compartirla para ayudar a administrar donaciones de órganos, ojos o tejido.

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

**ACTIVIDAD MILITAR Y SEGURIDAD NACIONAL.** Podemos compartir PHI/SPI del personal de las Fuerzas Armadas con el gobierno.

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

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

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

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

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

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

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



# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

## Sus derechos de privacidad con respecto a la información sobre su salud

**DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR SU INFORMACIÓN DE SALUD.** En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver su PHI/SPI. Puede obtener una copia impresa del expediente que tenemos sobre usted. También se lo podemos enviar electrónicamente. Es posible que se cobre un cargo por copiarlo y enviarlo por correo.

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

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

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

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

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

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

**DERECHO A ELEGIR UN REPRESENTANTE PARA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE.** Si ha designado a un representante con un poder notarial médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre la información sobre su salud. Nos aseguraremos de que esta persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción.

**DERECHO A RECIBIR UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO.** Puede solicitar y recibir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque ya haya recibido este aviso previamente o haya aceptado recibirlo electrónicamente.

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

**DERECHO A SER NOTIFICADO SOBRE UN ACCESO NO AUTORIZADO.** Se le informará si descubrimos que se produjo un

acceso no autorizado en su PHI/SPI no asegurada. Este acceso no autorizado puede provenir de Community o de uno de sus socios comerciales.

## Leyes federales de privacidad

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se le entrega como parte de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA).

Existen otras leyes de privacidad que también son aplicables, Como la Ley de Libertad de Información; la Ley de Reorganización de la Administración de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Drogas; la Ley de Tecnología de Información de la Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH); y la Ley de Privacidad de Texas, Código de Salud y Seguridad, Sección 181 et al.

## Quejas

Puede presentar una queja si considera que se han violado sus derechos de privacidad. Puede comunicarse con el oficial de privacidad de Community al 1-877-888-0002. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. Consulte la información de contacto de la Oficina de Derechos Civiles que se encuentra al final de este aviso. Le recomendamos que nos informe acerca de cualquier inquietud en cuanto a su privacidad. No se tomará ninguna represalia en su contra por presentar una queja.

## Autorización para usar o divulgar información de salud

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

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

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

## Información de contacto

Si tiene alguna pregunta o queja, diríjala a:

Community Health Choice, Inc.  
Special Investigations Unit  
2636 South Loop West, Suite 125  
Houston, TX 77054  
1-877-888-0002

U.S. Department of Health and Human Services  
Office for Civil Rights  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201  
Teléfono: 1-877-696-6775  
[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints)

Para obtener más información: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html)



# DEFINICIONES DE LA COBERTURA DE SALUD

## Copago

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

## Deducible

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

## Lista de medicamentos cubiertos

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

## HMO

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

## En la red

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

## Monto máximo de gastos de bolsillo

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

## Proveedor de atención primaria

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

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

## Autorización previa

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

## Referencia

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

## Especialista

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

- Cardiólogos
- Dermatólogos
- Cirujanos

## Terapia escalonada

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



# PREGUNTAS FRECUENTES

## ¿Solo puedo inscribirme durante la inscripción abierta? —

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

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

## ¿Cómo se calcula la edad? —

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

## ¿Existen limitaciones para condiciones preexistentes? —

No, no hay limitaciones para condiciones preexistentes.

## ¿Cómo localizo proveedores y centros de la red? —

Consulte nuestro directorio de proveedores de la red en línea en [www.CommunityHealthChoice.org](http://www.CommunityHealthChoice.org). Nuestro directorio en línea se actualiza en tiempo real. Consulte el directorio en línea antes de obtener algún servicio para asegurarse de que el proveedor aún figure en nuestra red. Si no tiene acceso a nuestro directorio en línea, comuníquese con Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704 o sin cargo al 1-855-315-5386 o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org). Los proveedores de la red no son agentes de Community, son contratistas independientes. Community paga a los médicos una tarifa de cargo por servicio.

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

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

## ¿Qué es una lista de medicamentos cubiertos? —

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

## ¿Qué son los medicamentos genéricos? —

Los medicamentos genéricos son medicamentos que contienen los mismos ingredientes activos en las mismas cantidades que los medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos pueden tener un color, forma o tamaño distinto. Los medicamentos genéricos han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) e identificados como seguros y efectivos. Un medicamento genérico puede ser sustituido por un medicamento de marca cuando haya sido calificado como equivalente por la FDA, siempre que la ley y el médico lo permitan.

## ¿Cómo hago un pago? —

El pago inicial de la prima puede hacerse electrónicamente, con cheque o con tarjeta de crédito por teléfono. Todos los pagos futuros pueden hacerse con cheque, con tarjeta de crédito por teléfono, electrónicamente a través de My Member Account, o en persona con un proveedor aprobado. Para obtener una lista de proveedores aprobados, visite el sitio web de Community. También puede configurar pagos automáticos a través de su cuenta My Member Account.

## ¿Puedo cancelar mi cobertura en cualquier momento? —

Puede cancelar su cobertura cuando tiene un evento calificador o la cobertura es cancelada automáticamente por falta de pago una vez terminado el período de gracia.

## ¿Puedo cambiar de planes en cualquier momento? —

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

## ¿Cuándo debo presentar una reclamación? —

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

## ¿Cómo puedo verificar el estado de la reclamación? —

Puede verificar el estado de las reclamaciones al iniciar sesión en su cuenta My Member Account o comunicarse con Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704 o sin cargo al 1-855-315-5386 o por correo electrónico a [MemberServices@CommunityHealthChoice.org](mailto:MemberServices@CommunityHealthChoice.org).

# ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS MIEMBROS

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

## MUCHAS GRACIAS

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



DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Community Health Choice, Inc. cumple las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros). Community Health Choice, Inc. proporciona servicios gratuitos en distintos idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Community Health Choice, Inc. al 1-855-315-5386. Si usted considera que Community Health Choice, Inc. no le ha provisto estos servicios o que usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja.

Usted puede presentar una queja en persona, por correo, por fax o por correo electrónico:

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

Teléfono: 713-295-6704  
Correo electrónico: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

También puede presentar una queja relacionada con derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). La queja puede presentarse por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo electrónico o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos)  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Arabic

يضمن هذا الإشعار معلومات مهمة. وتتعلق هذه المعلومات الهامة في الإشعار بخصوص طلبك أو التغطية تحت التأمين الصحي Community Health Choice. ليحت عن التواريخ الهامة في هذا الإشعار. قد تحتاج لاتخاذ إجراءات قبل مواعيد محددة للحفاظ على تأمينك الصحي أو مساعدتك في دفع التكاليف. لذلك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة بلغتك دون أي تكلفة. اتصل على 1.855.315.5386.

English

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

German

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

Hindi

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

Korean

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

Persian

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

Spanish or Spanish Creole

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

Urdu

اس نوٹس میں اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں اسٹیشن آپ کی درخواست یا بیمہ کے تحفظ سے متعلق اہم معلومات ہیں۔ اس نوٹس میں اہم تاریخوں کو دیکھیں۔ اپنی صحت کے بیمہ کے تحفظ کو برقرار رکھنے یا اخراجات میں مدد کے لیے آپ کو کچھ خاص تاریخوں تک کارروائی کرنے کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ آپ کو ان معلومات اور مدد کو اپنی زبان میں مفت حاصل کرنے کا حق حاصل ہے۔ 1.855.315.5386 پر رابطہ کریں۔

Chinese

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

French

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

Gujarati

આ નોટિસમાં મહત્વની માહિતી છે. આ નોટિસમાં Community Health Choice દ્વારા તમારી અરજ અથવા કવરેજ વિશે મહત્વની જાણકારી છે. આ નોટિસમાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ. તમારા આરોગ્ય કવરેજને રાખવા અથવા ખર્ચ બાબતે મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ મુદત સુધી પગલાં લેવાની તમારે જરૂર પડી શકે છે. તમને ક્ષેત્ર ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવાની અધિકાર છે. 1.855.315.5386 પર કોલ કરો.

Japanese

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

Laotian

ໜັງສືຳຈຳການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນ. ໜັງສືຳຈຳການນີ້ມີຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນກ່ຽວກັບໃນສະໜັກຫຼັກການຖິ້ມກອງຂອງທ່ານໂດຍຜ່ານ Community Health Choice. ໃຫ້ຊອກຫາຂໍ້ມູນວັນທີທີ່ສຳຄັນໃນໜັງສືຳຈຳການນີ້.ທ່ານອາດຈະຕ້ອງປະຕິບັດຕາມໃນກຳນົດເວລາເພື່ອທີ່ຈະຮັກສາການຖິ້ມກອງສະຖະນາບຂອງທ່ານຫຼັກການຊ່ວຍເຫຼືອໃນເຮືອງດຳໃຊ້ຈ່າຍ. ມັນເປັນສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຂໍຂໍ້ມູນຂ່າວສານນີ້ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໂດຍໄວເໝາະ. ໂທລະສັບ 1.855.315.5386.

Russian

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

Tagalog

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

Vietnamese

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

## NOTAS

[illegible]

## NOTAS

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

**CommunityHealthChoice.org**  
713-295-6704 | 1-855-315-5386

