

# Resumen de **BENEFICIOS.**

COMMUNITY HEALTH CHOICE HMO D-SNP 003

Este Resumen de Beneficios está destinado a nuestra área de servicio del segmento 003 de los siguientes condados Texas: Hardin, Jasper, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler y Walker del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

[CommunityHealthChoice.org/Medicare](https://CommunityHealthChoice.org/Medicare)  
833.276.8306 o 713.295.5007 (TTY 711)

BR100575

COMMUNITY  
HEALTH CHOICE



H9826\_MK\_10254\_003\_092022\_M

# Community Health Choice (HMO D-SNP)

## Resumen de Beneficios para 2023

H9826, Plan 002\_003

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

### Community Health Choice (HMO D-SNP)

es un HMO D-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Community Health Choice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada no contiene una lista de todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones ni exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la "Evidencia de Cobertura".

Para unirse a **Community Health Choice (HMO D-SNP)**, usted debe:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare.
- Tener derecho a la Parte B de Medicare.
- Vivir en nuestra área de servicio.
- Categorías elegibles de Medicaid de Texas: QMB únicamente, QMB Plus y SLMB Plus

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

A excepción de una emergencia o situaciones de urgencia, si utiliza los proveedores que están fuera de nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

Para obtener información sobre cobertura y costos de Original Medicare, consulte su manual actual "**Medicare & You**" (Medicare y usted). Consúltelo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos, como braille, letra grande o audio.

Para obtener más información, llámenos al número gratuito (833) 276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. del 1 de abril al 30 de septiembre. Para obtener más información, también puede visitar nuestro sitio web

[www.communityhealthchoice.org/medicare](http://www.communityhealthchoice.org/medicare).

## Community Health Choice (HMO D-SNP)

Primas y beneficios		Costos compartidos y normas del plan
<b>Prima mensual del plan</b>		Sin prima mensual
<b>Deducible médico anual</b>		Este plan no tiene un deducible.
<b>Responsabilidad de los montos máximos de bolsillo</b> <i>(no incluye medicamentos con receta)</i>		\$8,300 anuales de proveedores dentro de la red para servicios cubiertos por Medicare. Los niveles QMB únicamente, QMB Plus y SLMB Plus de Medicaid de Texas no pagarán nada por los <b>servicios cubiertos por Medicare</b> . Consulte la sección Medicaid de Texas para obtener información sobre los <b>servicios cubiertos por Medicaid</b> .
		Aún deberá pagar costos compartidos para sus medicamentos con receta de la Parte D.
<b>Servicios hospitalarios para pacientes internados</b>		Copago de \$0 para los días 1 al 90 con hasta 60 días de reserva de por vida <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Servicios hospitalarios ambulatorios/centro de cirugía ambulatoria</b>		Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Consultas al médico</b>	Proveedor de atención primaria	Copago de \$0
	Especialistas	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Servicios de Telesalud</b>		Copago de \$0 por visitas ilimitadas al PCP a través de nuestro proveedor de telesalud Teladoc.
<b>Cuidado preventivo</b> (p. ej.: vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes, etc.)		Copago de \$0 que incluye: Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento Mediciones de la masa ósea (densidad ósea) Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y vaginal Prueba de detección de cáncer colorrectal Prueba de detección de la depresión Pruebas de detección de la diabetes Capacitación sobre el autocontrol de la diabetes Pruebas de detección de glaucoma Prueba de detección de hepatitis C Prueba de detección de VIH Prueba de detección de cáncer de pulmón Mamografías (prueba de detección) Servicios de terapia de nutrición Prueba de detección de obesidad y asesoramiento Pruebas de detección de cáncer de próstata Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento Vacunas, entre ellas la vacuna contra la gripe, la hepatitis B y la antineumocócica Asesoramiento para dejar de fumar
<b>Cuidado preventivo (continuación)</b>		

## Community Health Choice (HMO D-SNP)

Primas y beneficios		Costos compartidos y normas del plan
(p. ej.: vacuna contra la gripe, pruebas de detección de la diabetes, etc.)		Visita preventiva "Bienvenido a Medicare"
		Se cubrirán servicios adicionales de cuidado preventivo que estén aprobados por Medicare. Este plan cubre pruebas de detección de cuidado preventivo y consultas de bienestar anuales cuando las ofrece un proveedor dentro de la red.
<b>Atención de emergencia</b>		Copago de \$0
<b>Servicios de urgencia</b>		Copago de \$0
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorios y diagnósticos por imágenes</b>	Pruebas y procedimientos de diagnóstico	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Servicios de laboratorio	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Tomografía y resonancia magnética	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Radiografías	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Radiología terapéutica	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Servicios de audición de rutina</b>	Examen de audición de rutina	Copago de \$0, se permite un examen de audición de rutina por año
	Audífonos	Asignación de \$1,000 cada dos años para audífonos, uno por año
<b>Servicios dentales de rutina</b>	Preventivos	Copago de \$0 para servicios cubiertos (examen, limpieza y radiografías), dos por año calendario
	Integrales	Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare
	Límite de beneficios	Límite de \$3,500 en todos los servicios dentales cubiertos
<b>Servicios de la Vista</b>	Exámenes oftalmológicos de rutina	Copago de \$0
	Anteojos	Copago de \$0 todos los años, hasta \$350 para lentes/marcos (uno de los dos) y lentes de contacto
<b>Servicios de Salud Mental</b>	Consultas de pacientes internados	Copago de \$0 por 190 días: límite de atención de salud mental para pacientes internados por 190 días en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica al límite general del servicio hospitalario para pacientes internados.
	Terapia grupal ambulatoria	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>

## Community Health Choice (HMO D-SNP)

Primas y beneficios		Costos compartidos y normas del plan
	Terapia individual ambulatoria	Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Centro Especializado de Enfermería</b>		Copago de \$0 para los días 1 al 100 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Fisioterapia</b>		Copago de \$0 <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Ambulancia</b>		Copago de \$0 para transporte terrestre y aéreo <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Transporte</b>		Copago de \$0; 4 viajes de ida por mes o 48 viajes de ida por año para ir o volver de sedes relacionadas con la salud y aprobadas por el plan.
<b>Beneficio de comidas</b>		Copago de \$0; hasta 2 comidas por día durante 7 días después de que haya recibido el alta del hospital.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>		Copago de \$0 para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
<b>Artículos de venta libre</b>		Copago de \$0; hasta \$220 para medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud. Los montos que no se utilizan de los medicamentos de venta libre no se transfieren al siguiente trimestre. Para obtener más información sobre cómo acceder a su beneficio, consulte el prospecto de medicamentos de venta libre que se envía por correo aparte.

## Community Health Choice (HMO D-SNP)

### Primas y beneficios

### Costos compartidos y normas del plan

#### Beneficio complementario especial para enfermos crónicos

Los servicios del Beneficio complementario especial para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI) son beneficios no relacionados con la salud destinados a enfermos crónicos. Los miembros deben tener una afección relacionada con una de las siguientes condiciones médicas crónicas.

#### Afecciones médicas elegibles:

- Dependencia crónica de alcohol y otras drogas
- Trastornos autoinmunes, como enfermedad de Crohn, artritis reumatoide y lupus
- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares, como hipertensión, ritmo cardíaco anormal, o arritmia, enfermedad de la aorta y síndrome de Marfan, cardiopatía congénita, enfermedad de las arterias coronarias (estrechamiento de las arterias), trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, ataque cardíaco, etc.
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Demencia
- Diabetes
- Enfermedad hepática terminal
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
- Trastornos hematológicos graves
- VIH/SIDA
- Trastornos pulmonares crónicos
- Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Trastornos neurológicos
- Accidente cerebrovascular

Los beneficios mencionados son parte del programa especial complementario para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.

#### Servicios de apoyo a domicilio

Los servicios de apoyo a domicilio son provistos por el proveedor del plan Papa Pals. Los servicios deben ser acordados y aprobados. Comuníquese con el plan o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles. Los servicios de apoyo a domicilio no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo.

Usted paga un copago de \$0 por hasta 4 visitas de una hora por mes, por un total de 48 horas por año

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

#### Descripción general del programa:

Papa Pals conecta a estudiantes universitarios/adultos con adultos mayores que necesitan ayuda para realizar las tareas del hogar, hacer mandados/compras/trasladarse y otros servicios para personas mayores. Nuestros miembros brindan esos servicios de apoyo y, a la vez, disfrutan de la compañía/amistad que les ofrecen nuestros amigos.

Los beneficios mencionados son parte del programa especial complementario para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.

## Community Health Choice (HMO D-SNP)

Primas y beneficios	Costos compartidos y normas del plan
	<p><b>Servicios de compañía: Papa Pals</b> representa una compañía increíble para los miembros que están socialmente aislados y necesitan alguien que los acompañe. Los asistentes de Papa Pals pueden llevar a los miembros de paseo por la ciudad para socializar, conversar, ver una película o jugar juegos de mesa.</p> <p><b>Ayuda doméstica:</b> Ayudantes y cuidadores en su hogar. Los asistentes de Papa Pals pueden ayudar con tareas superficiales de limpieza, lavandería, preparación de comidas y cuidado de mascotas.</p> <p><b>Compras en el supermercado:</b> Los asistentes de <b>Papa Pals</b> pueden ayudar con las compras en el supermercado y la entrega de los productos. Los asistentes de Papa Pals pasarán a buscar a los miembros por su hogar, los llevarán al supermercado, les cargarán las bolsas de las compras y los llevarán de regreso a sus hogares.</p> <p><b>Lecciones de tecnología:</b> Los miembros de Papa Pals pueden enseñar a los miembros a utilizar la tecnología. Los asistentes de Papa Pals enseñan a los miembros a usar una computadora, un teléfono inteligente o una tableta, y a utilizar las redes sociales y hablar por video con sus nietos y otros seres queridos.</p> <p>A fin de garantizar que nuestros miembros sepan cómo utilizar sus beneficios, nuestro plan ofrece capacitación sobre el uso de los servicios de atención primaria virtual y la aplicación móvil Pyx Health, que brinda apoyo emocional para ayudar a sobrellevar el aislamiento social.</p> <p><b>Transporte social:</b> Proporciona transporte y compañía en casos que no sean de emergencia durante todo el recorrido de ida y vuelta del destino del miembro. A los miembros se los puede llevar al consultorio del médico, farmacias, centros comunitarios, su trabajo y otros lugares sociales.</p> <p><b>Apoyo al cuidador:</b> Community Health Choice es consciente de que no siempre es fácil cuidar a un ser querido. Por ese motivo nuestro plan ofrece servicios de apoyo a los cuidadores a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de apoyo a domicilio</li><li>• Ayuda para hacer mandados</li><li>• Compra de ropa</li><li>• Preparación de comidas</li><li>• Cuidado de relevo</li><li>• Interacciones sociales mediante conexiones religiosas o espirituales</li><li>• Participación en la comunidad</li><li>• Entrega de medicamentos recetados</li><li>• Experiencias grupales, como arteterapia, terapia con mascotas, cocina y musicoterapia</li></ul>
<b>Beneficio de la tarjeta Flex Card</b>	<p>Nuestro plan ofrece una asignación de hasta \$100 por trimestre para ayudar con el alquiler, las compras en el supermercado y las facturas de los servicios públicos.</p> <p>Los beneficios mencionados son parte del programa especial complementario para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.</p>

## Community Health Choice (HMO D-SNP)

Primas y beneficios	Costos compartidos y normas del plan
<p data-bbox="86 174 610 205"><b>Servicios de apoyo a la autodirección</b></p>          <p data-bbox="86 657 553 720"><b>Pyx Health: apoyo general para la vida</b></p>	<p data-bbox="626 205 1507 268">El programa de atención autodirigida ayuda a administrar todos los aspectos de la prestación de atención médica personal.</p> <p data-bbox="626 289 1515 520">Los servicios incluyen orientación sobre el funcionamiento de los beneficios del plan y capacitación y asistencia a fin de utilizar soporte para asistencia tecnológica para nuestro servicio de acompañamiento mediante la aplicación móvil Pyx Health. También ofrecemos servicios de asesoría en relación con programas comunitarios con el objetivo de ayudar con la reparación del hogar, solicitudes de subsidios para facturas de servicios públicos, etc.</p> <p data-bbox="626 541 1474 646">Los beneficios mencionados son parte del programa especial complementario para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.</p> <p data-bbox="626 657 1450 720"><b>Pyx Health lo ayuda a encontrar la atención adecuada en el momento en que la necesita.</b></p> <p data-bbox="626 741 1393 804">Nuestra combinación única de personas compasivas y una aplicación móvil sencilla facilita el cuidado personal.</p> <p data-bbox="626 846 1490 909">Pyx Health es una aplicación móvil que los miembros pueden usar para:</p> <ul data-bbox="626 919 1515 1161" style="list-style-type: none"><li>• Mantenerse conectados con todos los beneficios del plan de salud.</li><li>• Hablar con personal amable para recibir apoyo.</li><li>• Buscar recursos para la salud física y mental, como médicos y grupos de apoyo, alimentos, transporte, servicios de pañales y otros.</li><li>• Mejorar el estado de ánimo, disminuir la ansiedad, aumentar la motivación y más.</li></ul>

## Comunidad Salud Elección (HMO D- SNP)

### Medicamentos con receta

**Dependiendo de tus ingresos y estatus institucional, pagas lo siguiente:**

<b>Etapa 1: Deducible de la Parte D</b>		El deducible de la Parte D de la Etapa 1 no se aplica a usted porque recibe Ayuda adicional de Medicare
<p><b>Etapa 2: Cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Permanecerá en esta Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de sus medicamentos (el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D) para el año llegue a \$4,660.</p> <p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, es elegible para un costo compartido reducido.</p>	Nivel 1 - Medicamentos genéricos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su costo compartido para los medicamentos recetados genéricos elegibles será de \$0, \$1.45 o \$4.15, o el 15 % del total, según su nivel de “Ayuda adicional”.</li> <li>• Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red o en las farmacias de pedido por correo al mismo costo.</li> <li>• Si reside en un centro de atención a largo plazo, su costo es el mismo que en una farmacia minorista.</li> </ul>
	Nivel 1 - Todos los demás medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su costo compartido para los medicamentos recetados genéricos elegibles será de \$0, \$4.30 o \$10.35, o el 15 % del total, según su nivel de “Ayuda adicional”.</li> <li>• Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red o en las farmacias de pedido por correo al mismo costo.</li> <li>• Si reside en un centro de atención a largo plazo, su costo es el mismo que en una farmacia minorista.</li> </ul>
<b>Etapa 4: Cobertura Catastrófica</b>		En 2023, los costos de bolsillo de los medicamentos son de \$7,400. Después de que los costos de desembolso personal por medicamentos para el año en farmacias minoristas y de pedidos por correo alcancen los \$7,400, no pagará nada por todos los medicamentos para el resto del año.

## Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

Su programa de Medicaid de Texas se brinda a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Health and Human Services Commission, HHSC). Consulte su tarjeta de identificación de Medicaid de Texas para obtener información de contacto.

Cuando una persona tiene derecho a contar con Medicare y asistencia médica del plan estatal de Medicaid, se consideran con doble elegibilidad. Como beneficiario con doble elegibilidad, Medicare paga primero sus servicios y luego Medicaid. Su cobertura de Medicaid varía según sus ingresos, recursos y otros factores. Los beneficios pueden incluir beneficios completos de Medicaid/o el pago del total o parte de sus costos compartidos de Medicare (primas, deducibles, coseguro o copagos).

### **A continuación, se presenta una lista de las categorías de cobertura de doble elegibilidad para los beneficiarios que pueden inscribirse en el plan Community Health Choice (HMO D-SNP):**

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Medicaid solo paga montos de sus primas, deducibles, coseguros, y copagos de la Parte A y Parte B de Medicare. Usted recibe cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB +):** Medicaid paga montos de sus primas, deducibles, coseguros, y copagos de la Parte A y Parte B de Medicare. Usted recibe cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario especificado con bajos ingresos de Medicare Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus, SLMB+):** Medicaid paga su prima de la Parte B y ofrece los beneficios completos de Medicaid. Usted es elegible para los beneficios completos de Medicaid. En ocasiones, también puede ser elegible para recibir asistencia limitada de la agencia de Medicaid de su estado para pagar los montos de su costo compartido de Medicare. Por lo general, su costo compartido es del 0% cuando el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Puede haber casos en los que tenga que pagar el costo compartido cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por Medicaid.

Como beneficiario de QMB, QMB+ o SLMB+ inscrito en este plan, su costo compartido es del 0%, excepto para los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D. (Consulte la tabla de Resumen de Beneficios previa para obtener un resumen de sus beneficios del plan **Community Health Choice (HMO D-SNP)** y las responsabilidades de los costos compartidos).

### **Cómo leer el cuadro de beneficios de Medicaid**

El cuadro a continuación muestra qué servicios están cubiertos por Medicare y Medicaid. El cuadro se aplica solo si tiene derecho a recibir beneficios conforme a Medicaid de Texas o si recibe beneficios de Medicaid a través de la inscripción en el plan STAR+PLUS HMO.

**Medicaid de Texas cubre los siguientes beneficios si el miembro cumple con todos los requisitos correspondientes.**

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$0 para un máximo de 24 citas por año	Sin cobertura
<b>Servicios de ambulancia</b> (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Dispositivos de comunicación auxiliar</b> (También conocido como sistema con dispositivo de comunicación aumentativa [Augmentative Communication Device, ACD])	Sin cobertura	Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Medición de la masa ósea</b> (Para personas que están en riesgo)	Copago de \$0 para servicios preventivos de Medicare	La prueba de detección de densidad ósea es un beneficio de Medicaid de Texas. Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Copago de \$0 para un máximo de 24 citas por año Es posible que se requiera autorización previa.	El tratamiento quiropráctico manipulativo (Chiropractic manipulative treatment, CMT) que lleva a cabo un quiropráctico certificado por la Junta Estatal de Examinadores Quiroprácticos de Texas es un beneficio de Medicaid de Texas. Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
		Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Exámenes de detección colorrectal</b> (Para personas de 50 años y más)	Copago de \$0 para servicios preventivos de Medicare	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Servicios dentales</b> (Para personas que tienen 20 años o menos, o 21 años o más que se encuentran en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales [Intermediate Care Facilities for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF-IID])	De rutina: Copago de \$0 para servicios cubiertos (examen, limpieza y radiografías) Integrales: Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare  Límite de beneficios: Límite de \$3,500 en todos los servicios dentales cubiertos	Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Suministros para diabéticos</b> (Incluye cobertura para las tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección)	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b>	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Elección del médico y hospital</b>	Dentro de la red Debe consultar con médicos, especialistas y hospitales dentro de la red que pueden exigir autorización previa.	Los miembros deben respetar las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital y el médico.
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Proveedor de cuidado primario: Copago de \$0 Especialista: copago de \$0; es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Equipo médico duradero</b> (Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Atención de emergencia</b> (Cualquier visita a una sala de emergencias si el miembro tiene un motivo razonable por el cual necesita atención de urgencia).	Copago de \$0	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Enfermedad renal terminal</b>	Copago de \$0	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Capacitación sobre la salud y el bienestar</b> (Asesoramiento en nutrición para niños, sobre dejar de fumar en el caso de mujeres embarazadas y examen anual para adultos)	Copago de \$0; programas para ayudarlo a controlar las afecciones médicas que incluyen capacitación, materiales, asesoramiento y consejos sobre la atención.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Servicios de audición</b>	Copago de \$0, se permite un examen de audición de rutina por año y asignación de \$1,000 cada 2 años para audífonos, uno por año	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Atención médica en el hogar</b> (Incluye atención de enfermería especializada e intermitente, servicios de asistencia médica en el hogar, servicios de enfermería privada y servicios de atención personal que sean médicamente necesarios)	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Centro de cuidados paliativos</b>	Con cobertura conforme a Original Medicare Sin cobertura de Community Health Choice	Medicaid paga por este servicio en el caso de ciertos miembros con exención si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid <i>Nota: Cuando los clientes adultos eligen servicios de cuidados paliativos, renuncian a sus derechos de recibir todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos de recibir servicios de Medicaid que no estén relacionados con su enfermedad terminal.</i>
<b>Vacunas</b>	Copago de \$0 para servicios preventivos de Medicare que incluyen vacunas contra la gripe y otras más	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Servicios de hospitalización</b>	Copago de \$0 para los días 1 al 90 Es posible que se requiera autorización previa.	Las internaciones en el hospital son un beneficio cubierto. Medicaid paga coseguros, copagos y deducibles para los servicios cubiertos de Medicare. Los miembros deben respetar las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Cuidado de salud mental para pacientes internados</b>	Copago de \$0 por 190 días: límite de atención de salud mental para pacientes internados por 190 días en un hospital psiquiátrico. Este límite no se aplica a los servicios de salud mental que se brindan en un hospital general.	Las internaciones en hospitales psiquiátricos son un beneficio cubierto para los miembros menores de 21 años y de 65 años en adelante. Las internaciones en hospitales para recibir atención médica aguda para tratamiento psiquiátrico son un beneficio cubierto para los miembros de 21 a 64 años, de conformidad con el Código Federal de Regulaciones, 42 CFR §438.6(e), si bien las organizaciones de cuidado administrado (Managed Care Organization, MCO) de Medicaid pueden decidir cubrir internaciones en centros psiquiátricos en lugar de hospitales de atención aguda. Medicaid paga coseguros, copagos y deducibles para los servicios cubiertos de Medicare.

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
		<p>Los miembros deben respetar las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid</p>
<b>Mamografías (prueba de detección anual)</b>	Copago de \$0 para servicios preventivos de Medicare	<p>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid</p>
<b>Prima mensual</b>	Sin prima mensual del plan La prima de la Parte B de Medicare se puede cubrir de acuerdo con su nivel de elegibilidad para Medicaid.	La asistencia de Medicaid con pago de primas puede variar de acuerdo con su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<b>Dispositivos protésicos y ortopédicos</b> (Incluyen aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	<p>Desde el nacimiento del miembro hasta los 20 años (Programa de atención integral [Comprehensive Care Program, CCP]), Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>Medicaid paga prótesis de mamas para los miembros de todas las edades si no están cubiertas por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid</p>
<b>Atención ambulatoria de salud mental</b>	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa	<p>Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid</p>
<b>Servicios de rehabilitación ambulatoria</b>	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	<p>Desde el nacimiento del miembro hasta los 20 años, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid</p>

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Servicios/cirugías para pacientes ambulatorios</b>	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por ciertos servicios quirúrgicos si no están cubiertos por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Trastorno por consumo de sustancias de pacientes ambulatorios</b> (Asesoramiento, tratamiento/desintoxicación ambulatorios y tratamiento asistido con medicamentos [Medication-Assisted Treatment, MAT])	Copago de \$0 Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Prueba de Papanicolaou y exámenes pélvicos</b> (Para mujeres)	Copago de \$0 para servicios preventivos de Medicare	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Servicios de podiatría</b>	Copago de \$0; únicamente para servicios cubiertos por Medicare, daño neurológico relacionado con la diabetes o tratamiento médicamente necesario para lesiones o enfermedades en los pies.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare. Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Medicamentos con receta</b>	Medicamentos de la Parte B de Medicare: copago de \$0 para medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B. Es posible que se requiera autorización previa.  Medicamentos de la Parte D de Medicare: <b>Genérico:</b> Copago de \$0; o copago de \$1.45; o copago de \$4.15; o 15% <b>De marca:</b> Copago de \$0; o copago de \$4.30; o copago de \$10.35; o 15%	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare. Medicaid no cubrirá ningún medicamento de la Parte D de Medicare.

Categoría de beneficio	Community Health Choice (HMO D-SNP)	Medicaid de Texas
<b>Exámenes de detección de cáncer de próstata</b>	Copago de \$0 para servicios preventivos de Medicare	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b> (En un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)	Copago de \$0 para los días 1 al 100  Es posible que se requiera autorización previa.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Servicios de telesalud</b>	Copago de \$0 por visitas ilimitadas al PCP a través de nuestro proveedor de telesalud Teladoc.	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Transporte</b> (De rutina)	Copago de \$0; 4 viajes de ida por mes o 48 viajes de ida por año para ir o volver de sedes relacionadas con la salud y aprobadas por el plan.	El programa de transporte médico (Medical Transportation Program, MTP) de Medicaid ofrece transporte que no sea de emergencia si no está cubierto por Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Atención médica de urgencia</b> (Esto NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, se encuentra fuera de área de servicio).	Copago de \$0	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Servicios de la vista</b>	Copago de \$0 para exámenes oftalmológicos de rutina; copago de \$0 todos los años, hasta \$350 para lentes/marcos y lentes de contacto	Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se ha agotado el beneficio de Medicare.  Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid  Los servicios de un optometrista se limitan a ajustes y la provisión de anteojos y lentes de contacto médicamente necesarios.

**SERVICIOS ADICIONALES DE MEDICAID DE TEXAS (no cubiertos por Community Health Choice [HMO D-SNP])** Para obtener más información, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) de Texas al 1-877-541-7905; los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

## SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD

Aquellas personas que cumplan con los requisitos para QMB y también los criterios económicos para una cobertura completa de Medicaid pueden ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid que no estén cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de exención de Medicaid. Los servicios de exención se limitan a personas que cumplen con criterios adicionales de elegibilidad para exención de Medicaid.

<p><b>Exención de los servicios de apoyo y asistencia para vivir en la comunidad (Community Living Assistance and Support Services, CLASS)</b></p>	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para dicha exención en el siguiente sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: <a href="https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/community-living-assistance-support-services-class">https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/community-living-assistance-support-services-class</a>.</p>
<p><b>Exención para sordos y ciegos con múltiples discapacidades (Deaf Blind with Multiple Disabilities, DBMD)</b></p>	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para dicha exención en el siguiente sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: <a href="https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd">https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd</a>.</p>
<p><b>Exención de los servicios del hogar y la comunidad (Home and Community Services, HCS)</b></p>	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para dicha exención en el siguiente sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: <a href="https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/home-community-based-services-hcs">https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/home-community-based-services-hcs</a>.</p>
<p><b>Programa para niños con dependencia médica (Medically Dependent Children Program, MDCP)</b></p>	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para dicha exención en el siguiente sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: <a href="https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp">https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp</a>.</p>
<p><b>Programa STAR+PLUS (gestionado conforme a la exención del programa de transformación de la atención médica y mejora de la calidad de Texas)</b></p>	<p>Los programas incluyen lo siguiente: cuidado sustituto para adultos, vivienda asistida, terapia de rehabilitación cognitiva, servicios de administración financiera, comidas a domicilio, pequeñas modificaciones en el hogar y asesoría para recibir apoyo. Se puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en el siguiente sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos: <a href="https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/programs/starplus">https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/programs/starplus</a>.</p>
<p><b>Exención doméstica de Texas (Texas Home Living Waiver, TxHmL)</b></p>	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para dicha exención en el siguiente sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: <a href="https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml">https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml</a>.</p>



