

COMMUNITY HEALTH CHOICE (HMO D-SNP)
SEGMENTO 002-001

2024
EVIDENCIA DE
COBERTURA

**Para los condados de Austin, Matagorda,
Waller y Wharton**

CommunityHealthChoice.org/Medicare
833-276-8306 o 713-295-5007 (TTY 711)

**Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y
del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm**



enero – 31 de diciembre de 2024

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001

Este documento le brinda los detalles sobre su atención médica de Medicare, y cobertura de medicamentos recetados del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

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

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

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

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

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

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

Evidencia de Cobertura 2024

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: *Cómo empezar como miembro* 7

 SECCIÓN 1 Introducción8

 SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?10

 SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá.12

 SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Community Health Choice (HMO D-SNP)13

 SECCIÓN 5 Mantener actualizado su registro de membresía del plan17

 SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan18

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 20

 SECCIÓN 1 Contactos *de Community Health Choice (HMO D-SNP)* (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros)21

 SECCIÓN 2 Medicare (Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)26

 SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos28

 SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad29

 SECCIÓN 5 Seguridad Social30

 SECCIÓN 6 Medicaid31

 SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados.33

 SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario37

CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos* 39

 SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.40

 SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.42

 SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre.48

 SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios?51

 SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?51

 SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención médica no médica.54

 SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipo médico duradero55

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué pagas)	57
SECCIÓN 1 Comprender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos.	58
SECCIÓN 2 Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará	60
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Community Health Choice (HMO) D-SNP? 002-001	146
SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por : Medicare?	148
CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D	152
SECCIÓN 1 Introducción	153
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan]	154
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	158
SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	159
SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea que esté cubierto?	161
SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?	164
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos <i>no están</i> cubiertos por el plan?	166
SECCIÓN 8 Surtido de una receta	167
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	168
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y gestión de medicamentos.	169
CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D	172
SECCIÓN 1 Introducción	173
SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de en qué etapa de pago se encuentre cuando lo obtiene	176
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra	176
SECCIÓN 4 No hay deducible para Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001	178
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.	178
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Brecha de Cobertura	181
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D	182

SECCIÓN 9	Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde los consigues	182
CAPÍTULO 7: <i>Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		
185		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos por sus servicios o medicamentos cubiertos	186
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que haya recibido	189
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no	189
CAPÍTULO 8: <i>Tus derechos y responsabilidades</i>		
191		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	192
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.	198
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		
200		
SECCIÓN 1	Introducción	201
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.	202
SECCIÓN 3	Para solucionar su problema, ¿qué proceso debería utilizar?	202
SECCIÓN 4	Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare	203
SECCIÓN 5	Una guía sobre los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	204
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	208
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	217
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le darán el alta demasiado pronto	227
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.	235
SECCIÓN 10	Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	242
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	245
CAPÍTULO 10: <i>Terminar tu membresía en el plan</i>		
250		
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía en nuestro plan	251
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	251
SECCIÓN 3	¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?	255

Tabla de contenido

SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	256
SECCIÓN 5	<i>Community Health Choice (HMO D-SNP)</i> debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	257
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	259
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	260
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	260
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare	261
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	262

CAPÍTULO 1:

Cómo empezar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001, que es un plan Medicare Advantage especializado (plan de necesidades especiales)
--------------------	---

Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

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

Ha elegido obtener su Medicare atención médica y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan difieren de los de Medicare Original.

Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001, es un plan Medicare Advantage especializado (un plan Medicare para necesidades especiales), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001, está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

- Debido a que recibe asistencia de Medicaid con los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también le brinda otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Community Health Choice (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios, para que pueda obtener los servicios de atención médica y la asistencia con los pagos a los que tiene derecho.
- Community Health Choice (HMO D-SNP) está administrado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este plan Medicare para necesidades especiales está aprobado por Medicare. Nos complace brindarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface la responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

requisito. Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

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

Las palabras *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos y los medicamentos recetados disponible para usted como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP)

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que reserve algo de tiempo para revisar este documento de *Evidencia de cobertura* .

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

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

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

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en Community Health Choice (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Community Health Choice (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después de 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Community Health Choice (HMO D-SNP) cada año. Puede continuar cada año obteniendo cobertura de Medicare

como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad
--

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

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

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

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

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

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

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Individuo calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Trabajadores y Discapacitados Calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

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

Nuestra área de servicio incluye estos condados en *Texas: Austin, Matagorda, Waller y Wharton* .

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

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o presencia legal
--------------------	---

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá .

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

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



NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios **médicos** cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Community Health Choice (HMO D-SNP), es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que lo presente si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores

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

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

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

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

Sección 3.3 Directorio de farmacias

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

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

Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, la llamamos “Lista de medicamentos”. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos según el beneficio de la Parte D incluido en Community Health Choice (HMO D-SNP). El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la “Lista de medicamentos” de Community Health Choice (HMO D-SNP).

La “Lista de medicamentos” también le indica si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

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

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

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio suplementario opcional (Sección 4.3)

- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (sección 4.5)

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

Existen programas para ayudar a personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda adicional” y programas estatales de asistencia farmacéutica. El Capítulo 2, Sección 7 cuenta más

acerca de : estos programas. Si califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual de su plan.

ya está inscrito y recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en esta *Evidencia de Cobertura* no se aplican a usted**, las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas revise su copia de *Medicare y usted Manual 2024*, la sección llamada *Costos de Medicare 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048.

Sección 4.1	Prima del plan
--------------------	-----------------------

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

Sección 4.2	Prima mensual de la Parte B de Medicare
--------------------	--

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

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

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3	Parte D Multa por inscripción tardía
--------------------	---

Debido a que tiene doble elegibilidad, el LEP no se aplica a usted siempre y cuando mantenga su estatus de doble elegibilidad, pero si pierde su estatus de doble elegibilidad, puede incurrir en un LEP. La **multa por inscripción tardía** de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar

por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de finalizar su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más seguidos en el que no tuvo la Parte D o otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La cobertura acreditable de medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

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

No tendrás que pagarlo si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede enviarse en una carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague tanto como el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes coberturas *no son* acreditables para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

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

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que retrasó la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O cuente la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasas 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2024, el monto promedio de la prima fue de \$34.50. Este monto puede cambiar para 2025.
- Para calcular su multa mensual, multiplica el porcentaje de penalización y la prima mensual promedio y luego lo redondea a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí, sería 14% multiplicado por \$34,50 , lo que equivale a \$4,83. Esto se redondea a

\$4.85 . Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

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

Sección 4.5 Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos

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

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

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

SECCIÓN 5 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

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

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

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Si ha sido admitido en un asilo de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga)

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

SECCIÓN 6 **Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**

Otros seguros

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

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

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

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

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según la edad, la discapacidad o la enfermedad renal terminal. Enfermedad (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un miembro de su familia todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tenga más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)

- Beneficios del pulmón negro
- Compensación de trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos importantes

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

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

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

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAMAR	<p>1.833.276.8306</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>En ciertos días festivos, su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.</p> <p>Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>En determinados días festivos, su llamada será atendida por nuestro teléfono automatizado. sistema .</p>
FAX	713 295 7041
ESCRIBIR	<p>Elección de salud comunitaria Medicare</p> <p>Apartado postal 301413</p> <p>Houston, Texas 77230-9920</p>
SITIO WEB	http://www.communityhealthchoice.org/medicare

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

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

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAMAR	<p>1.833.276.8306</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>En ciertos días festivos, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado.</p> <p>Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana</p> <p>Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>En ciertos días festivos, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado.</p>
FAX	713.295.7033
ESCRIBIR	<p>Apelaciones y quejas</p> <p>2636 Sur Loop Oeste, Suite 125</p> <p>Houston, Texas 77054</p>
SITIO WEB	http://www.communityhealthchoice.org/medicare

Cómo contactarnos cuando presenta una queja sobre su atención médica

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre atención médica – Información de contacto
LLAMAR	<p>1.833.276.8306</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana</p> <p>1 de abril al 30 de septiembre,</p> <p>Lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>En ciertos días festivos, su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana</p> <p>1 de abril al 30 de septiembre,</p> <p>Lunes a viernes de 8:00 am a 8:00 pm.</p> <p>En determinados días festivos, su llamada será atendida por nuestro teléfono automatizado.</p> <p>sistema.</p>
FAX	(713) 295-7033
ESCRIBIR	<p>Departamento de mejora del servicio</p> <p>2636 Sur Loop Oeste, Suite 125</p> <p>Houston, Texas 77054</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre Community Health Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a</p> <p>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura del proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

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

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

Método	Medicare – Información de contacto
LLAMAR	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis.

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="430 346 690 388">www.Medicare.gov</p> <p data-bbox="430 394 1404 619">Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria e instalaciones de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="430 625 1404 724">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad y opciones de inscripción en Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="479 745 1404 1060" style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.
SITIO WEB (continuación)	<p data-bbox="430 1081 1404 1155">También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Community Health Choice (HMO D-SNP).</p> <ul data-bbox="479 1165 1404 1386" style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: puede presentar una queja sobre <i>Community Health Choice (HMO D-SNP)</i> directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="430 1396 1404 1654">Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores puede ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia para Seguros Médicos

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de Salud (HICAP).

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

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

MÉTODO PARA ACCEDER AL BARCO y OTROS RECURSOS:

- Visita <https://www.shiphelp.org> o www.medicare.gov (Haga clic en **LOCALIZADOR DE BARCOS** en el medio de la página)
- Haga clic en **Hablar con alguien** en el medio de la página de inicio.
- Ahora tienes las siguientes opciones.
 - Opción #1: Puede tener un **chat en vivo con un representante del 1-800-MEDICARE.**
 - Opción #2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado .

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad

Existe una Organización de Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Texas, la Organización de Mejora de la Calidad se llama KEPRO — Organización de Mejora de la Calidad de Texas

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

Debe comunicarse con *la Organización de Mejora de la Calidad de KEPRO Texas* en cualquiera de estas situaciones:

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	KEPRO – Organización de mejora de la calidad de Texas
LLAMAR	1.888.315.0636 Horario de atención de la línea de ayuda: Días laborables: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar central Fines de semana y días festivos: 11:00 am a 3:00 pm hora estándar central
TTY	1.855.843.4776 Este número requiere equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, Florida 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguridad Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y gestionar la inscripción a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal terminal y cumplan ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Seguro Social – Información de Contacto
LLAMAR	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información registrada y realizar algunas actividades comerciales las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.</p>
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

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

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

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con *Servicios Humanos y de Salud de Texas*.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

La Oficina del Defensor del Pueblo de Salud y Servicios Humanos de Texas ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o apelación ante nuestro plan.

Método	Oficina del Defensor del Pueblo de Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto
LLAMAR	1.877.787.8999 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes, hora estándar central
TTY	711
ESCRIBIR	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas Oficina del Defensor del Pueblo, MC-H700 Apartado postal 13247 Austin, Texas 78711-3247
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/your-rights/hhs-office-ombudsman

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

Método	Oficina del Defensor del Pueblo Independiente de Texas para Asuntos Apoyados por el Estado Centros de vida: información de contacto
LLAMAR	1.800.252.2412 7:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes, hora estándar central
TTY	711
ESCRIBIR	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas Oficina del Defensor del Pueblo para LTC, MC-W250 Apartado postal 149030 Austin, Texas 78714-9030
SITIO WEB	https://sslc-independent-ombudsman.texas.gov/

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

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

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

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

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

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

Los documentos que se enumeran a continuación son válidos con el fin de establecer el nivel correcto de ayuda adicional y la fecha de vigencia para las personas que deben ser consideradas elegibles para el **Subsidio por bajos ingresos (LIS)** . Cada elemento enumerado a continuación debe mostrar que la persona fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Los patrocinadores de la Parte D deben aceptar cualquiera de las siguientes formas de evidencia de

el beneficiario o el farmacéutico, defensor, representante, familiar del beneficiario u otra persona que actúe en nombre del beneficiario para establecer que un beneficiario es institucionalizado o, a partir de una fecha especificada por el Secretario, pero no antes de 1 de enero de 2012, es una persona que recibe **servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)** y califica para costo compartido cero:

- Una remesa del centro que muestre el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre del individuo al centro durante un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior;
- Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestre el estado institucional de esa persona en función de al menos una estadía de un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

Con vigencia a partir de una fecha especificada por el Secretario, pero no antes del 1 de enero de 2012, una copia de:

- Un Aviso de acción, Aviso de determinación o Aviso de inscripción emitido por el estado que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad de HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Un Plan de Servicio HCBS aprobado por el estado que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia que comienza durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia que comienza durante un mes después de junio del año calendario anterior.
- Otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre el estado de elegibilidad de HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior; o,
- Un documento emitido por el estado, como un aviso de pago, que confirme el pago de HCBS, incluido el nombre del beneficiario y las fechas de los HCBS del año calendario anterior.

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

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

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

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

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para asistencia de costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa Estatal de Asistencia de Farmacia para el VIH de Texas. Nota : Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia y estado de VIH, bajos ingresos según lo define el Estado y estado de no asegurado o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica contra el VIH de Texas.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene reglas diferentes para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica son el Programa de Atención Médica Renal (KHC) (solo asistencia ESRD) y el Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa de atención médica renal de Texas (KHC): información de contacto
LLAMAR	1.800.222.3986 8:00 am a 5:00 pm, de lunes a viernes, hora estándar central
TTY	711
ESCRIBIR	Cuidado de la salud renal ATENCIÓN: MC-1938 Apartado postal 149347 Austin, Texas 78714-9347 khc@hsc.state.tx.us
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care
Método	Programa de medicamentos contra el VIH de Texas (THMP): información de contacto
LLAMAR	1.800.255.1090 8:00 am a 5:00 pm, de lunes a viernes, hora estándar central
TTY	711
ESCRIBIR	Programa de medicación contra el VIH de Texas ATENCIÓN: MSJA, MC 1873 Apartado postal 149347 Austin, Texas 78714-9347 hivstd@dshs.texas.gov
SITIO WEB	https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

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

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener cobertura para su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener el

tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica que esté cubierta por el plan.

Para obtener detalles sobre qué es la atención médica cubierto por nuestro plan utilice la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto*

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

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

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

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

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria** . Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle aprobación por adelantado antes de que pueda utilizar otros proveedores en la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. A esto se le llama darle una referencia. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren derivaciones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Aquí hay tres excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios de urgencia que obtiene de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y ver qué significan servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del

área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para obtener su atención médica.

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para brindarle y supervisar su atención.
--

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

- ¿Qué es un PCP?
 - Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico de la red que usted selecciona para brindar y coordinar sus servicios cubiertos.
- ¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?
 - Los PCP son generalmente médicos especializados en medicina interna, medicina familiar o medicina general. Puede seleccionar un PCP de las siguientes categorías:
 - Médicos Generales
 - Médicos de familia
 - Internistas
 - Geriatría
 - Asistentes médicos (PA) (bajo la supervisión de un profesional autorizado)
 - Enfermero practicante (NP) (bajo la supervisión de un profesional autorizado)
 - Especialista (para miembros con necesidades médicas o de comportamiento especiales)
- ¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

o Su relación con su PCP es importante porque su PCP es responsable de la coordinación de su atención médica y también es responsable de las necesidades de atención médica de rutina. Es posible que desee pedirle ayuda a su PCP para seleccionar un especialista de la red y realizar un seguimiento con su PCP después de cualquier visita al especialista. Es importante que usted desarrolle y mantenga una relación con su PCP.

- ¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones u obtención de autorización previa (PA)?
 - o Su PCP debe comunicarse con nosotros por teléfono, electrónicamente o por escrito para solicitar la autorización adecuada. Su PCP debe llamar al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro para solicitar autorización previa.

¿Cómo elige a su PCP?

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

Cambiar su PCP

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

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

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin una remisión de su PCP?
--------------------	--

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

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (rayos X de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los realice un proveedor de la red.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía. siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red .
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles o cuando el afiliado se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera .

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

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

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

Su médico o proveedor debe revisar los requisitos de autorización previa que se encuentran en el sitio web de la comunidad. Para evitar costos adicionales, tenga en cuenta que usted es responsable de confirmar con su Médico o Proveedor que se cumplen los requisitos de Autorización previa. Su Médico o Proveedor debe comunicarse con nosotros por teléfono, electrónicamente o por escrito para solicitar la autorización correspondiente. El número de teléfono al que debe llamar para solicitar autorización se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

Si los Servicios cubiertos no están disponibles a través de Médicos participantes o Proveedores participantes, usted o su médico pueden solicitar autorización previa para los Servicios cubiertos por parte de un médico u otro proveedor fuera de la red contratada. Las solicitudes de autorización previa se procesarán dentro del tiempo adecuado a sus necesidades de salud o las circunstancias, pero sin exceder los catorce (14) días calendario. Usted y/o su Médico o Proveedor, en su nombre, tienen derecho a solicitar una decisión acelerada si la aplicación del

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

plazo de procesamiento estándar podría poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para recuperar la función máxima.

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

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

Puede llamar a Servicios para Miembros para obtener ayuda al número que figura en el Capítulo 2 de este folleto.

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos con al menos 30 días de antelación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si nuestra red no cuenta con un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con costos compartidos dentro de la red (se necesita autorización previa).
- Si descubre que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un comité de calidad de la atención, queja de atención médica al plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

Si los servicios cubiertos no están disponibles a través de médicos o proveedores participantes, a petición de su médico o proveedor participante y dentro del tiempo apropiado a las circunstancias, pero sin exceder los cinco (5) días hábiles, permitiremos un

derivación a un médico o proveedor no participante y reembolsar completamente al médico o proveedor no participante a la tarifa habitual y habitual o a una tarifa acordada.

Antes de rechazar una solicitud de remisión a un proveedor no participante, permitiremos que un especialista del mismo tipo de especialidad o similar al proveedor no participante a quien se solicita la remisión revise la solicitud.

No todos los profesionales de la salud que brindan servicios en los hospitales participantes son proveedores participantes. Si los servicios son proporcionados por proveedores no participantes, incluidos, entre otros, patólogos, anestesiólogos, radiólogos y médicos de sala de emergencias (médicos de centros) en un hospital participante, pagaremos esos servicios a la tarifa habitual y

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

habitual o a un tarifa acordada. Si recibe una factura del proveedor no participante, comuníquese con Servicios para Miembros al número que figura en la parte posterior de este folleto.

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

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

No somos responsables de la exactitud o inexactitud de las declaraciones de participación en la red realizadas por cualquier PCP, médico de atención especializada, hospital u otro proveedor, ya sea que esté contratado o no. En otras palabras, si el PCP, el médico de atención especializada u otro proveedor de la red recomienda que se reciban servicios de otra entidad, es su responsabilidad verificar el estado de participación en la red de esa entidad antes de recibir dichos servicios.

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

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

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica.

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

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

Si tiene una emergencia médica:

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

¿Qué está cubierto si tienes una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto. Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudarlo a administrar y dar seguimiento a su atención.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición se estabiliza y la emergencia médica termina.

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

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

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

¿Y si no fuera una emergencia médica?

A veces puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría acudir a atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico podría decirle que, después de todo, no se trata de una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que usted razonablemente pensara que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

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

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

Sección 3.2	Recibir atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios.
--------------------	--

¿Cuáles son los servicios que se necesitan con urgencia?

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

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

Siempre debe intentar obtener los servicios que necesita con urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o son inaccesibles y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios necesarios con urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red. Consulte su Directorio de proveedores para obtener una lista de los centros de atención de urgencia de la red.

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

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

Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre
--------------------	--

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

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

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con un costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos

recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

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

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo para servicios cubiertos
--------------------	---

Si pagó más que el costo compartido de su plan por servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 7 (Pedirnos que paguemos nuestra *parte de una factura que recibió por servicios cubiertos*). *servicios médicos o medicamentos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?
--------------------	--

Community Health Choice (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por

nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto . mi. Por ejemplo, si su plan cubre un examen físico de rutina por año y usted recibe ese examen físico de rutina pero elige realizarse un segundo examen físico de rutina dentro del mismo año, usted paga el costo total del segundo examen físico de rutina. Cualquier monto que pague después de haber alcanzado la limitación de beneficios no cuenta para su desembolso máximo anual. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el desembolso máximo de su plan). Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese interés, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo dirigen. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos del estudio y tenga total comprensión y aceptación de lo que implica participar en el estudio.

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

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no *necesita* informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica no *necesitan* ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los cuales nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo o registro clínico para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en

determinaciones de cobertura nacional (NCD) y ensayos de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

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

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

Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?
--------------------	--

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

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

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

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

Cuando usted es parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes :**

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

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y estudios de investigación clínica*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa de atención médica no médica
--------------------	---

Para recibir atención de una institución religiosa de atención médica no médica, debe firmar un documento legal que diga que se opone por conciencia a recibir tratamiento médico que **no esté exceptuado** .

- **no exceptuado** es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- **exceptuado** es la atención o el tratamiento médico que usted recibe y que *no es voluntario* ni *requerido* por las leyes federales, estatales o locales.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.

Capítulo 3 Cómo utilizar el plan para sus servicios médicos

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

Tiene cobertura de días ilimitados en el hospital, siempre y cuando su estadía cumpla con las pautas cubiertas por Medicare. Los límites de cobertura se describen en Atención hospitalaria para pacientes internados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Será usted propietario del equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos según nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar. . El miembro siempre posee ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP), por lo general no adquirirá la propiedad de los artículos DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a servicios para miembros para obtener más información .

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

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

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

Ejemplo 2: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tú Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se inscriba nuevamente en Medicare Original. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tienes derecho?

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

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Tuberías y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno.

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

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

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

CAPÍTULO 4:

*Cuadro de Beneficios Médicos (qué
está cubierto y qué pagas)*

SECCIÓN 1 Comprender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos .

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

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos.
--

No paga nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las reglas del plan para recibir atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas de los planes para obtener su atención.

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

- **Deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte
- **El copago** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Pagas un copago al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **El coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Pagas un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

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

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este desembolso máximo. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare según Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hacia el monto máximo de bolsillo por el servicio cubierto de las Partes A y B.

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, Existe un límite en el monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2024, este monto es de \$8,850 .

Las cantidades que pagas Los copagos y coseguros por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de desembolso directo . Los montos que paga por las primas de su plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su monto máximo de desembolso Si alcanza el monto máximo de desembolso de \$8,850, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B por usted) .

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

Como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales separados, llamados “ **facturación de saldo**” . Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos al proveedor.

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15,00), entonces usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una referencia o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una referencia, o para emergencias o fuera del área de servicio para servicios que se necesitan con urgencia).

- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros.

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

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto y cuanto pagaras

Sección 2.1 Su beneficios y costos como miembro del plan
--

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


- Sus servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta a menos que sea atención de emergencia o urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que brinda y supervisa su atención .
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos. por un asterisco.

Evidencia de cobertura 2024 para Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001
Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto) y lo que pagas)


Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su costo compartido por los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo y servicios domiciliarios y comunitarios.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2024*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- A veces, Medicare agrega cobertura bajo Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de tres meses de elegibilidad considerada continua de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Los montos de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.


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



 Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.




Cuadro de beneficios médicos


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
 Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba si tiene ciertos factores de	No hay coseguro, copago ni deducible para los

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico, enfermera practicante o enfermera clínica especialista .</p>	<p>miembros elegibles para este examen preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico. Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con una duración de 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se podrán administrar más de 24 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeras practicantes (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifica en 1861 (aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un título de doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por 	<p>copago de \$0</p>




Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y,</p> <ul style="list-style-type: none"> • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p> <p>Además, cubrimos 24 visitas al año, no se requiere autorización previa.</p>	
<p>servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o de no emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala giratoria y terrestre, hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindar atención solo si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros Medios de transporte que puedan poner en peligro la salud de la persona o que estén autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Nota : Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva <i>de Bienvenida a Medicare</i> . Sin embargo, no es necesario haber realizado una visita <i>de Bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía basal entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>NOTA: Se requiere autorización previa.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p> Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludablemente.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>
<p> Detección de cáncer de cuello uterino y vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación. 	<p>0% de coseguro por visita para beneficios cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Además, cubrimos 24 visitas al año, se requiere autorización previa.</p>	
<p> Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Detección de pruebas de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de cribado o la última colonoscopia de cribado. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excepto los enemas de bario, para los cuales se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a copagos/coseguro. Usted paga \$0 de copago por los servicios aprobados por Medicare.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.</p> <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p> <p>Además, cubrimos:</p> <p>Rutina (Preventivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales: 1 cada 6 meses • Profilaxis (Limpieza): 1 cada 6 meses • Radiografías Dentales: 1 visita anual <p>Integral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no rutinarios • Servicios de diagnóstico • Servicios restaurativos 	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>No hay coseguro.</p> <p>0% coseguro</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial <p>Tiene un subsidio de beneficio de \$4,500 para servicios dentales (preventivos e integrales combinados) cada año.</p>	
<p> Detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>
<p> Detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en la sangre. . Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos.</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>Hay un coseguro del 0% para suministros para diabéticos cubiertos por Medicare; Plantillas o</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, lancetas y dispositivos de lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas proporcionadas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluidas las inserciones extraíbles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. <p>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa. Los monitores y tiras de glucosa se limitan a los fabricantes especificados en el plan.</p>	<p>zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Le enviamos la lista de DME de Community Health Choice (HMO D-SNP). La lista le indica las marcas y fabricantes de DME que cubriremos. Esta lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible.</p>	<p>0% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare.</p> <p>Generalmente, Community Health Choice (HMO D-SNP) cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Community Health Choice (HMO D-SNP) y está utilizando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriéndole esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive a una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación.</p> <p>También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o queja (decisión de cobertura, apelaciones, quejas)</i>).</p> <p>NOTA : Se requiere autorización previa para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Artículos que pueden exceder los \$500 (compra o alquiler)• Suministros para diabéticos u otros suministros que excedan la cantidad necesaria durante 30 días• Implantes cocleares, máquinas CPAP, máquinas CPM	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tirantes personalizados, cascos con moldura craneal, sillas de ruedas personalizadas o motorizadas • Nutricionales enlatados 	
<p>Cuidados de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionado por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesario para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>A Emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto). , pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente .</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que para los servicios prestados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición de rutina: uno (1) cada año • Asignación de beneficios de \$1000 para audífonos, ambos oídos combinados, cada dos años 	<p>0% de coseguro Servicios cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p> Detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención de agencia de salud en el hogar</p> <p>Atención de agencia de atención médica domiciliaria (continuación)</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica domiciliaria y ordenará que los brinde una agencia de atención médica domiciliaria. Debes estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa supone un esfuerzo importante.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y asistente de atención médica domiciliaria a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios de enfermería especializada y asistente de atención médica domiciliaria combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. <p>Nota: Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Terapia de infusión casera</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión casera incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que de otro modo no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto • Servicios de seguimiento para el suministro de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión domiciliaria. <p><i>NOTA : Es posible que se requiera autorización previa .</i></p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Cuidado de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Community Health Choice (HMO D-SNP).</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. proveedor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Cuidados de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar <p><u>Para servicios de cuidados paliativos y para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal</u> : Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal . Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.</p>	
<p><u>Cuidado de hospicio</u> <u>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal</u> : si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia y que sean cubiertos bajo Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor en la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener autorización previa). .</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. 	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Community Health Choice (HMO D-SNP).</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Medicare de pago por servicio (Medicare original) <p><u>Para los servicios cubiertos por Community Health Choice (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Community Health Choice (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A. o B si están relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</u></p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, entonces usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿ Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare ?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna para el COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. NOTA : Es posible que se requiera autorización previa</p>	<p>neumonía, la influenza, la hepatitis B y el COVID-19.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye hospitalización para pacientes agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día de su ingreso formal al hospital con una orden médica. El día antes de que le den el alta es su último día de internación.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas incluidas dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de electrodomésticos, como sillas de ruedas. • Costos de sala de operación y recuperación. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios enumerados.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, ocupacional y del lenguaje • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados 	
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo ciertas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón-pancreático, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre e intestinal/ multivisceral . Si necesitas un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante : • Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitario, puede optar por acudir localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si <i>Community Health Choice (HMO D-SNP)</i> brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted. y un compañero. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y glóbulos rojos concentrados comienza sólo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre . Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • servicios medicos <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para admitirlo formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente</p>	<p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Si recibe [atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿ Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte !</i> Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800 -633-4227). Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>NOTA: <i>Es posible que se requiera autorización previa .</i></p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Hay una vida útil de 190 días.</p> <p>límite para servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios enumerados.</p>
<p>Estancia como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierto.</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios enumerados.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Estancia como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierto (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios medicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o toda o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; cerchas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente. • Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional, <p>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa</p>	
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero que no están en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordena su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe terapia de nutrición médica.</p> <p>servicios bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Original) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con un orden. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario.</p> <p>NOTA : Se requiere autorización previa para asesoramiento nutricional.</p>	
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Beneficio de comidas (comidas post-hospitalización)</p> <p>Este beneficio proporciona hasta 2 comidas al día durante 7 días después de su alta del hospital. Comuníquese con el plan para organizar los servicios después de la hospitalización .</p>	<p>copago de \$0</p>
<p>Beneficios cubiertos por Medicaid</p> <p>Consulte la sección Resumen de beneficios de Community Health Choice HMO D-SNP titulada “Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid” para obtener una lista de los beneficios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid o cubiertos únicamente por Texas Medicaid.</p> <p>Los servicios adicionales cubiertos únicamente por Medicaid de Texas también se analizan en la Sección 3.1 de este capítulo.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, ambulatorios de un hospital o de un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria) • Otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. 	<p>0% de coseguro por cada medicamento de quimioterapia y otro medicamento de la Parte B cubiertos por Medicare</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada a la osteoporosis posmenopáusica y no pueden autoadministrarse el medicamento. • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alf 	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>(como Epogen ® , Procrit ® , Epoetin Alfa, Aranesp ® o Darbepoetin Alfa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada https://www.communityhealthchoice.org/medicare</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> <p>NOTA: <i>Es posible que se requiera autorización previa</i></p>	
<p> Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia y el examen preventivo de obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de tratamiento asistido por medicación (MAT) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología • actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas 	
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros para técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias <p>NOTA: Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios dentro de la red.</p>	<p>0% de coseguro por cada procedimiento y prueba de diagnóstico y terapéutico cubiertos por Medicare</p> <p>0% de coseguro por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios. Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias estatales y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿ Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>NOTA: <i>Es posible que se requiera autorización previa .</i></p>	<p>0% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o atención ambulatoria. cirugía • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital. <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puedes administrarte tú mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY</p>	<p>0% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>llaman al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>NOTA : <i>Es posible que se requiera autorización previa</i></p>	
<p>Atención ambulatoria de salud mental</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especialista, un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), una enfermera practicante (NP), un asistente médico (PA).), u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p> <p>NOTA : Es posible que se requiera autorización previa en entornos ambulatorios para la evaluación inicial y la reevaluación.</p>	<p>0% de coseguro por cada visita de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional cubierta por Medicare</p>
<p>Servicios ambulatorios de abuso de sustancias</p> <p>Tratamiento y asesoramiento ambulatorios para el abuso de sustancias.</p>	


Evidencia de cobertura 2024 para Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001
Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto) y lo que pagas)



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>NOTA : Se requiere autorización previa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización Parcial (PHP) • Programa Intensivo Ambulatorio (IOP) • Tratamiento psiquiátrico diurno • Pruebas neuropsicológicas • Transferencias de instalación a instalación • Terapia electroconvulsiva (ECT) • Visita de psicoterapia para pacientes ambulatorios que supere las 30 visitas en un año calendario por parte de cualquier proveedor en cualquier entorno. • Terapia de análisis de conducta aplicada (ABA) Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios (excepto cuando se brinda en un centro para trastornos por uso de sustancias (SUD)) 	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Nota: Si le van a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.</p> <p>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa para servicios ambulatorios dentro de la red.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Artículos de venta libre</p> <p>Ciertos medicamentos aprobados, de venta libre y sin receta y artículos relacionados con la salud, hasta \$265 cada trimestre. Los montos OTC no utilizados no se acumulan al siguiente trimestre.</p>	<p>copago de \$0</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Para obtener más información sobre cómo acceder a su beneficio, consulte el folleto de venta libre que se le envió por correo por separado.</p> <p>Los miembros recibirán por correo una tarjeta precargada que se puede utilizar para comprar artículos de venta libre aprobados sin receta .</p> <p>NOTA : Las pruebas de COVID-19 están cubiertas por el beneficio OTC.</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio de un hospital o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en su consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>NOTA : Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios de médico/profesional, incluidas visitas al consultorio del médico.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cirugía o atención médica médicamente necesarios brindados en el consultorio de un médico, 	<p>0% de coseguro para beneficios cubiertos por Medicare:</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar.</p> <ul style="list-style-type: none">• Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista.• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su : PCP O especialista] , si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico.• Ciertos servicios de telesalud, incluidas visitas ilimitadas al PCP a través de nuestro proveedor de telesalud, Teladoc.<ul style="list-style-type: none">• Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o mediante telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. <p>Servicios de médico/profesional, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Los miembros recibirán información sobre cómo acceder a los servicios por correo o pueden visitar nuestro sitio web en https://www.communityhealthchoice.org/medicare• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.• Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:• Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. • Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> • No eres un paciente nuevo y • El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y • El registro no da lugar a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita más próxima disponible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro médico electrónico. <ul style="list-style-type: none"> • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, <p>Servicios de médico/profesional, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico) 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos) 	<p>0% de coseguro para los beneficios cubiertos por Medicare</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. <p>NOTA : Es posible que se requiera autorización previa.</p>	
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados.</p> <p>Dispositivos (distintos de los dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con prótesis y reparación y/o reemplazo de prótesis. También incluye cierta cobertura después de la extirpación o cirugía de cataratas; consulte Cuidado de la vista más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>0% de coseguro para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y solicitan rehabilitación pulmonar al médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>0% coseguro</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p> Detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol.</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento cara a cara por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un practicante en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son : personas de 50 a 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que recibir una orden por escrito para LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y ser proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón LDCT después del examen LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige brindar asesoramiento sobre</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida para</p> <p>Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) (continuación)</p> <p>exámenes de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas se realizan, ordenado por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad, cara a cara, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p> <p>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa para recibir asesoramiento.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de detección de ITS y asesoramiento para ITS cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal 	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>crónica en etapa IV cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando se encuentran temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente)• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) <p>Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)• Equipos y suministros de diálisis en el hogar.• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare .</p> <p>NOTA : Es posible que se requiera autorización previa.</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y glóbulos rojos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre . Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por los SNF. • Pruebas de laboratorio ordinariamente proporcionadas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que ordinariamente prestan los SNF. • Uso de aparatos como sillas de ruedas que habitualmente proporcionan los SNF. • Servicios de médico/practicante <p>Generalmente, recibirá atención del SNF en centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Está cubierto hasta por 100 días en cada período de beneficios para servicios para pacientes hospitalizados en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día que acude a un hospital para pacientes internados o a un centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare.</p> <p>El período de beneficio finaliza cuando usted no ha estado internado en ningún hospital o SNF durante 60 días seguidos. Si va al hospital o al SNF después de finalizar un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital 	
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p> <p><u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco :</u> cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Ayuda con ciertas afecciones crónicas</p> <p>Los servicios del Beneficio Suplementario Especial para Enfermedades Crónicas (SSBCI) son beneficios no relacionados con la salud para personas con enfermedades crónicas. Los miembros deben tener una afección relacionada con una de las siguientes afecciones médicas crónicas.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Condiciones médicas elegibles :</p> <ul style="list-style-type: none">• Dependencia crónica de alcohol y otras drogas.• Trastornos autoinmunes como la enfermedad de Crohn,• Artritis reumatoide y lupus, por ejemplo.• Cáncer• Trastornos cardiovasculares como hipertensión, ritmos cardíacos anormales o arritmias, enfermedad de la aorta y síndrome de Marfan, cardiopatía congénita, enfermedad de las arterias coronarias (estrechamiento de las arterias), trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, ataque cardíaco, etc.<ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia cardíaca crónica• Demencia• Diabetes <p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad hepática terminal (ESRD)• Trastornos hematológicos graves• VIH/SIDA• Trastornos pulmonares crónicos• Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes.• Trastornos neurológicos• Ataque <p>Los beneficios mencionados forman parte del programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.</p> <p><u>Servicios de apoyo a domicilio: Papa Pals</u></p> <p>Los servicios de soporte a domicilio son proporcionados por el proveedor del plan, Papa Pals. Los servicios deben concertarse y aprobarse. Comuníquese con el plan para obtener información sobre cómo obtener este servicio. Los</p>	


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>servicios de apoyo a domicilio no se aplican al límite máximo de desembolso.</p> <p>Reseña del programa:</p> <p>Papa Pals conecta a estudiantes universitarios/adultos con adultos mayores que necesitan ayuda con las tareas del hogar, asistencia con diligencias/compras/transporte y otros servicios para personas mayores. Mientras brindan estos servicios de apoyo, nuestros miembros también disfrutan del compañerismo/amistad que brindan nuestros amigos.</p> <p>Los beneficios mencionados forman parte del programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.</p> <p>Servicios de compañía: Papa Pals brinda una compañía increíble a los miembros que están socialmente aislados y necesitan compañía. Papa Pals puede llevar a los miembros por la ciudad para socializar, pasar el rato con ellos para conversar, ver una película o jugar juegos de mesa.</p> <p>Ayuda doméstica: ayuda a los miembros y cuidadores en la casa. Papa Pals puede ayudar con la limpieza ligera, la lavandería, la preparación de comidas y el cuidado de las mascotas de los miembros.</p> <p>Compras de comestibles : Papa Pals puede ayudar con las compras y la entrega de comestibles. Papa Pals recogerá a los miembros en</p> <p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación)</p> <p>sus casas, llevar a los miembros al supermercado, cargar sus bolsas de compras y llevar a los miembros de regreso a casa.</p> <p>Lecciones de tecnología : los papa pals pueden ayudar a los miembros a aprender a usar la tecnología. Papa Pals enseñará a los miembros cómo usar una computadora, un teléfono inteligente y una tableta; y cómo usar las redes</p>	


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>sociales y cómo chatear por video con nietos y otros seres queridos.</p> <p>Para garantizar que nuestros miembros sepan cómo utilizar sus beneficios, nuestro plan brinda capacitación sobre cómo usar los servicios virtuales de atención primaria y la aplicación móvil Pyx Health, que brinda apoyo emocional para ayudar con el aislamiento social.</p> <p>Transporte social: proporciona transporte y compañía que no son de emergencia desde y hacia los destinos de los miembros. Los miembros pueden recibir transporte al consultorio del médico, farmacias, centros comunitarios, trabajos y otros lugares sociales.</p> <p>Apoyo al cuidador: Nuestro plan comprende que cuidar a un ser querido no siempre es fácil. Es por eso que nuestro plan brinda servicios de apoyo para cuidadores a través de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de apoyo a domicilio• haciendo recados• Compras de ropa• Entrega de preparación de comidas • Cuidado de relevo• Interacciones sociales a través de conexiones religiosas y espirituales.• Compromisos comunitarios• entrega de recetas• Experiencias grupales como arteterapia, terapia con mascotas, cocina y musicoterapia. <p>Para todos los servicios proporcionados por Papa Pals, a los miembros se les permiten hasta 4 visitas de una hora por mes, por un total de 48 horas por año.</p> <p>El miembro puede comprar horas adicionales por encima del máximo del plan mensual en Papa Pals.</p> <p><u>Beneficio de tarjeta flexible</u></p>	


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Nuestro plan proporciona un subsidio de hasta \$150 por trimestre para alquiler, comestibles y asistencia con servicios públicos. Los miembros Recibir información por correo sobre cómo acceder a este beneficio.</p> <p><u>Servicios que apoyan la autodirección</u></p> <p>El programa de atención autodirigida ayuda a gestionar todos los aspectos de la prestación de atención médica personal.</p> <p>Los servicios incluyen asesoramiento sobre cómo funcionan los beneficios del plan y capacitación y asistencia en el uso de soporte para asistencia tecnológica para nuestro servicio complementario de la aplicación móvil Pyx Health. También ofrecemos servicios de asesoramiento sobre programas comunitarios para ayudar con reparaciones de viviendas, solicitudes de subsidios para facturas de servicios públicos, etc.</p> <p>Pyx Health: apoyo general para vivir</p> <p>Pyx Health lo ayuda a encontrar la atención adecuada cuando la necesita. Nuestra combinación única de seres humanos compasivos y una sencilla aplicación móvil trabajan juntas para facilitar el cuidado personal.</p> <p>Pxy Health es una aplicación móvil que los miembros pueden usar para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manténgase conectado con todos los beneficios del plan de salud.• Hable con el personal atento para obtener apoyo.• Encuentre recursos que ayuden a su salud física y mental, como médicos y grupos de apoyo, alimentos, transporte, servicios de pañales y más.• Mejora el estado de ánimo, la ansiedad, la motivación y más.	



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe:</p> <p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consta de sesiones de entre 30 y 60 minutos que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico. • Ser entregado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la EAP. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero especialista clínico que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas. <p>SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p> <p>NOTA : <i>Es posible que se requiera autorización previa .</i></p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Transporte (rutina adicional)</p> <p>Nosotros cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 viajes de ida por mes, con un total de 48 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan. • Puedes usar: <ul style="list-style-type: none"> • Taxi 	<p>copago de \$0</p>




Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Autobús/Metro • camioneta • Transporte Médico <p>NOTA: Se requiere autorización previa. Llame a Access2Care al número que figura en la contraportada de este folleto para solicitar transporte.</p> <p>NOTA: Los conductores no tienen formación médica. En caso de emergencia, llame al 911.</p>	
<p>Servicios que se necesitan con urgencia.</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios que el plan debe cubrir fuera de</p> <p>Servicios que se necesitan con urgencia. (continuado)</p> <p>red son: necesita atención inmediata durante el fin de semana o se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica inmediata de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios necesarios con urgencia de un proveedor fuera de la red.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p> Cuidado de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. 	<p>0% de coseguro por cada examen cubierto por Medicare.</p> <p>0% de coseguro para pruebas de detección de</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más y hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). <p>Visión de rutina : Cubrimos : Un (1) examen ocular de rutina cada año</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un subsidio de \$350 cada año para lentes de contacto; y/o Anteojos (lentes y monturas) 	<p>glaucoma cubiertas por Medicare.</p> <p>0% de coseguro por exámenes de la vista cubiertos por Medicare para evaluar enfermedades oculares.</p> <p>0% de coseguro por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Copago de \$0 por servicio oftalmológico de rutina</p>
<p> Bienvenido a la visita preventiva de Medicare.</p> <p>Bienvenido a la visita preventiva de Medicare (continuación)</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única <i>de Bienvenida a Medicare</i> . La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes y vacunas) y derivaciones para otros cuidados si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos únicamente la visita preventiva <i>de Bienvenida a Medicare</i> dentro de los primeros 12 meses tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva <i>de Bienvenida a Medicare</i> .</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el <i>Bienvenido a la visita preventiva de Medicare</i>.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p> Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección única para personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba si tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico, enfermera practicante o enfermera clínica especialista .</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con una duración de 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se podrán administrar más de 24 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o retrocede.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeras practicantes (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifica en 1861 (aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar</p>	<p>copago de \$0</p>



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un título de doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p> <p>Además, cubrimos 24 visitas al año, no se requiere autorización previa.</p>	
<p>servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o de no emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, ala giratoria y terrestre, hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindar atención solo si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros Medios de transporte que puedan poner en peligro la salud de la persona o que estén autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o</p>	


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota : Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva <i>de Bienvenida a Medicare</i> . Sin embargo, no es necesario haber realizado una visita <i>de Bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía basal entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>NOTA: Se requiere autorización previa.</p>	
<p> Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludablemente.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.</p>
<p> Detección de cáncer de cuello uterino y vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación. <p>Además, cubrimos 24 visitas al año, se requiere autorización previa.</p>	<p>0% de coseguro por visita para beneficios cubiertos por Medicare</p>
<p> Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Están cubiertas las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Detección de pruebas de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años y mayores. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excepto los enemas de bario, para los cuales se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y está sujeto a copagos/coseguro. Usted paga \$0 de copago por los servicios aprobados por Medicare.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>último enema de bario de cribado o la última colonoscopia de cribado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p> <p>Además, cubrimos:</p> <p>Rutina (Preventivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales: 1 cada 6 meses • Profilaxis (Limpieza): 1 cada 6 meses • Radiografías Dentales: 1 visita anual 	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>No hay coseguro.</p> <p>0% coseguro</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Integral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no rutinarios • Servicios de diagnóstico • Servicios restaurativos • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial <p>Tiene un subsidio de beneficio de \$4,500 para servicios dentales (preventivos e integrales combinados) cada año.</p>	
<p> Detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>
<p> Detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en la sangre. . Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos.</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, lancetas y dispositivos de lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas proporcionadas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluidas las inserciones extraíbles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. <p>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa. Los monitores y tiras de glucosa se limitan a los fabricantes especificados en el plan.</p>	<p>Hay un coseguro del 0% para suministros para diabéticos cubiertos por Medicare; Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p>	<p>0% de coseguro por los beneficios cubiertos por Medicare.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Le enviamos la lista de DME de Community Health Choice (HMO D-SNP). La lista le indica las marcas y fabricantes de DME que cubriremos. Esta lista más reciente de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible.</p> <p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare.</p> <p>Generalmente, Community Health Choice (HMO D-SNP) cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Community Health Choice (HMO D-SNP) y está utilizando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriéndole esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente apropiada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive a una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación.</p> <p>También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o queja (decisión de cobertura, apelaciones, quejas)</i>).</p> <p>NOTA : Se requiere autorización previa para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Artículos que pueden exceder los \$500 (compra o alquiler)• Suministros para diabéticos u otros suministros que excedan la cantidad necesaria durante 30 días	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Implantes cocleares, máquinas CPAP, máquinas CPM • Tirantes personalizados, cascos con moldura craneal, sillas de ruedas personalizadas o motorizadas • Nutricionales enlatados 	
<p>Cuidados de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionado por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesario para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>A Emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto). , pérdida de una extremidad o pérdida de función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente .</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que para los servicios prestados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención siga estando cubierta.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>0% de coseguro Servicios cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de audición de rutina: uno (1) cada año • Asignación de beneficios de \$1000 para audífonos, ambos oídos combinados, cada dos años 	
<p> Detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses. <p>Para mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención de agencia de salud en el hogar</p> <p>Atención de agencia de atención médica domiciliaria (continuación)</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica domiciliaria y ordenará que los brinde una agencia de atención médica domiciliaria. Debes estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa supone un esfuerzo importante.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y asistente de atención médica domiciliaria a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios de enfermería especializada y asistente de atención médica domiciliaria combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. • Servicios médicos y sociales. 	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Equipos y suministros médicos. <p>Nota: Es posible que se requiera autorización previa.</p>	
<p>Terapia de infusión casera</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión casera incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. Capacitación y educación del paciente que de otro modo no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero. Monitoreo remoto Servicios de seguimiento para el suministro de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión domiciliaria. <p>NOTA : <i>Es posible que se requiera autorización previa .</i></p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Cuidado de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. proveedor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Cuidados de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar <p><u>Para servicios de cuidados paliativos y para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal</u> : Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal . Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.</p>	<p>Original, no por Community Health Choice (HMO D-SNP).</p>
<p><u>Cuidado de hospicio</u> <u>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal</u> : si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia y que sean cubiertos bajo Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si utiliza un proveedor en la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe el requisito de obtener autorización previa). .</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto de costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. 	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Community Health Choice (HMO D-SNP).</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Medicare de pago por servicio (Medicare original) <p><u>Para los servicios cubiertos por Community Health Choice (HMO D-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Community Health Choice (HMO D-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A. o B si están relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</u></p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, entonces usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare ?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna para el COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. NOTA : Es posible que se requiera autorización previa</p>	<p>neumonía, la influenza, la hepatitis B y el COVID-19.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye hospitalización para pacientes agudos, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día de su ingreso formal al hospital con una orden médica. El día antes de que le den el alta es su último día de internación.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas incluidas dietas especiales. • Servicios regulares de enfermería. • Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de electrodomésticos, como sillas de ruedas. • Costos de sala de operación y recuperación. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios enumerados.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia física, ocupacional y del lenguaje • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados 	
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo ciertas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón-pancreático, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre e intestinal/ multivisceral . Si necesitas un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante : • Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitario, puede optar por acudir localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si <i>Community Health Choice (HMO D-SNP)</i> brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted. y un compañero. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y glóbulos rojos concentrados comienza sólo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre . Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • servicios medicos <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para admitirlo formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente</p>	<p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Si recibe [atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿ Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte !</i> Esta hoja informativa está disponible en la Web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800 -633-4227). Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>NOTA: <i>Es posible que se requiera autorización previa .</i></p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Hay una vida útil de 190 días.</p> <p>límite para servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios enumerados.</p>
<p>Estancia como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierto.</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios enumerados.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Estancia como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierto (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o toda o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; cerchas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en la condición física del paciente. • Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional, <p>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa</p>	
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero que no están en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordena su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe terapia de nutrición médica.</p> <p>servicios bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Original) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con un orden. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario.</p> <p>NOTA : Se requiere autorización previa para asesoramiento nutricional.</p>	
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p>Beneficio de comidas (comidas post-hospitalización)</p> <p>Este beneficio proporciona hasta 2 comidas al día durante 7 días después de su alta del hospital. Comuníquese con el plan para organizar los servicios después de la hospitalización .</p>	<p>copago de \$0</p>
<p>Beneficios cubiertos por Medicaid</p> <p>Consulte la sección Resumen de beneficios de Community Health Choice HMO D-SNP titulada “Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid” para obtener una lista de los beneficios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid o cubiertos únicamente por Texas Medicaid.</p> <p>Los servicios adicionales cubiertos únicamente por Medicaid de Texas también se analizan en la Sección 3.1 de este capítulo.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, ambulatorios de un hospital o de un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina medicamento necesaria) • Otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia. • <p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que estaba relacionada a la osteoporosis posmenopáusica y no pueden autoadministrarse el medicamento. • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alf 	<p>0% de coseguro por cada medicamento de quimioterapia y otro medicamento de la Parte B cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>(como Epogen ® , Procrit ® , Epoetin Alfa, Aranesp ® o Darbepoetin Alfa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada https://www.communityhealthchoice.org/medicare</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos recetados estén cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> <p>NOTA: <i>Es posible que se requiera autorización previa</i></p>	
<p> Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia y el examen preventivo de obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de tratamiento asistido por medicación (MAT) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología • actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas 	
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros para técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias <p>NOTA: Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios dentro de la red.</p>	<p>0% de coseguro por cada procedimiento y prueba de diagnóstico y terapéutico cubiertos por Medicare</p> <p>0% de coseguro por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios. Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencias estatales y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿ Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>NOTA: <i>Es posible que se requiera autorización previa .</i></p>	<p>0% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o atención ambulatoria. cirugía • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital. <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puedes administrarte tú mismo. <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿ Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY</p>	<p>0% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>llaman al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>NOTA : <i>Es posible que se requiera autorización previa</i></p>	
<p>Atención ambulatoria de salud mental</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especialista, un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), una enfermera practicante (NP), un asistente médico (PA).), u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p> <p>NOTA : Es posible que se requiera autorización previa en entornos ambulatorios para la evaluación inicial y la reevaluación.</p>	<p>0% de coseguro por cada visita de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional cubierta por Medicare</p>
<p>Servicios ambulatorios de abuso de sustancias</p> <p>Tratamiento y asesoramiento ambulatorios para el abuso de sustancias.</p>	


Evidencia de cobertura 2024 para Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001
Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto) y lo que pagas)



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>NOTA : Se requiere autorización previa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización Parcial (PHP) • Programa Intensivo Ambulatorio (IOP) • Tratamiento psiquiátrico diurno • Pruebas neuropsicológicas • Transferencias de instalación a instalación • Terapia electroconvulsiva (ECT) • Visita de psicoterapia para pacientes ambulatorios que supere las 30 visitas en un año calendario por parte de cualquier proveedor en cualquier entorno. • Terapia de análisis de conducta aplicada (ABA) Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios (excepto cuando se brinda en un centro para trastornos por uso de sustancias (SUD)) 	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Nota: Si le van a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.</p> <p>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa para servicios ambulatorios dentro de la red.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Artículos de venta libre</p> <p>Ciertos medicamentos aprobados, de venta libre y sin receta y artículos relacionados con la salud, hasta \$265 cada trimestre. Los montos OTC no utilizados no se acumulan al siguiente trimestre.</p>	<p>copago de \$0</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Para obtener más información sobre cómo acceder a su beneficio, consulte el folleto de venta libre que se le envió por correo por separado.</p> <p>Los miembros recibirán por correo una tarjeta precargada que se puede utilizar para comprar artículos de venta libre aprobados sin receta .</p> <p>NOTA : Las pruebas de COVID-19 están cubiertas por el beneficio OTC.</p>	
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio de un hospital o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en su consultorio del médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>NOTA : Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios de médico/profesional, incluidas visitas al consultorio del médico.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de cirugía o atención médica médicamente necesarios brindados en el consultorio de un médico, 	<p>0% de coseguro para beneficios cubiertos por Medicare:</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar.</p> <ul style="list-style-type: none">• Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista.• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su : PCP O especialista] , si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico.• Ciertos servicios de telesalud, incluidas visitas ilimitadas al PCP a través de nuestro proveedor de telesalud, Teladoc.<ul style="list-style-type: none">• Tiene la opción de obtener estos servicios mediante una visita en persona o mediante telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. <p>Servicios de médico/profesional, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Los miembros recibirán información sobre cómo acceder a los servicios por correo o pueden visitar nuestro sitio web en https://www.communityhealthchoice.org/medicare• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.• Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:• Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. • Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico durante 5 a 10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> • No eres un paciente nuevo y • El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y • El registro no da lugar a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita más próxima disponible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro médico electrónico. <ul style="list-style-type: none"> • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, <p>Servicios de médico/profesional, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico) 	
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos) 	<p>0% de coseguro para los beneficios cubiertos por Medicare</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. <p>NOTA : Es posible que se requiera autorización previa.</p>	
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> examen rectal digital Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados. Dispositivos (distintos de los dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con prótesis y reparación y/o reemplazo de prótesis. También incluye cierta cobertura después de la extirpación o cirugía de cataratas; consulte Cuidado de la vista más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>0% de coseguro para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y solicitan rehabilitación pulmonar al médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>0% coseguro</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p> Detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol.</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si su prueba de abuso de alcohol da positivo, puede recibir hasta 4 breves sesiones de asesoramiento cara a cara por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un practicante en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son : personas de 50 a 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que recibir una orden por escrito para LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y ser proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón LDCT después del examen LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige brindar asesoramiento sobre</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisiones compartida para</p> <p>Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) (continuación)</p> <p>exámenes de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las pruebas se realizan ordenado por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad, cara a cara, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p> <p>NOTA: Es posible que se requiera autorización previa para recibir asesoramiento.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de detección de ITS y asesoramiento para ITS cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal 	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>crónica en etapa IV cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.</p> <ul style="list-style-type: none">• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando se encuentran temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente)• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si ingresa como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) <p>Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)• Equipos y suministros de diálisis en el hogar.• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y su suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare .</p> <p>NOTA : Es posible que se requiera autorización previa.</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y glóbulos rojos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que obtenga en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre . Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por los SNF. • Pruebas de laboratorio ordinariamente proporcionadas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que ordinariamente prestan los SNF. • Uso de aparatos como sillas de ruedas que habitualmente proporcionan los SNF. • Servicios de médico/practicante <p>Generalmente, recibirá atención del SNF en centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Está cubierto hasta por 100 días en cada período de beneficios para servicios para pacientes hospitalizados en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día que acude a un hospital para pacientes internados o a un centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare.</p> <p>El período de beneficio finaliza cuando usted no ha estado internado en ningún hospital o SNF durante 60 días seguidos. Si va al hospital o al SNF después de finalizar un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted sale del hospital 	
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p> <p><u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco :</u> cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Ayuda con ciertas afecciones crónicas</p> <p>Los servicios del Beneficio Suplementario Especial para Enfermedades Crónicas (SSBCI) son beneficios no relacionados con la salud para personas con enfermedades crónicas. Los miembros deben tener una afección relacionada con una de las siguientes afecciones médicas crónicas.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Condiciones médicas elegibles :</p> <ul style="list-style-type: none">• Dependencia crónica de alcohol y otras drogas.• Trastornos autoinmunes como la enfermedad de Crohn,• Artritis reumatoide y lupus, por ejemplo.• Cáncer• Trastornos cardiovasculares como hipertensión, ritmos cardíacos anormales o arritmias, enfermedad de la aorta y síndrome de Marfan, cardiopatía congénita, enfermedad de las arterias coronarias (estrechamiento de las arterias), trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, ataque cardíaco, etc.<ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia cardíaca crónica• Demencia• Diabetes <p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad hepática terminal (ESRD)• Trastornos hematológicos graves• VIH/SIDA• Trastornos pulmonares crónicos• Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes.• Trastornos neurológicos• Ataque <p>Los beneficios mencionados forman parte del programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.</p> <p><u>Servicios de apoyo a domicilio: Papa Pals</u></p> <p>Los servicios de soporte a domicilio son proporcionados por el proveedor del plan, Papa Pals. Los servicios deben concertarse y aprobarse. Comuníquese con el plan para obtener información sobre cómo obtener este servicio. Los</p>	


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>servicios de apoyo a domicilio no se aplican al límite máximo de desembolso.</p> <p>Reseña del programa:</p> <p>Papa Pals conecta a estudiantes universitarios/adultos con adultos mayores que necesitan ayuda con las tareas del hogar, asistencia con diligencias/compras/transporte y otros servicios para personas mayores. Mientras brindan estos servicios de apoyo, nuestros miembros también disfrutan del compañerismo/amistad que brindan nuestros amigos.</p> <p>Los beneficios mencionados forman parte del programa complementario especial para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.</p> <p>Servicios de compañía: Papa Pals brinda una compañía increíble a los miembros que están socialmente aislados y necesitan compañía. Papa Pals puede llevar a los miembros por la ciudad para socializar, pasar el rato con ellos para conversar, ver una película o jugar juegos de mesa.</p> <p>Ayuda doméstica: ayuda a los miembros y cuidadores en la casa. Papa Pals puede ayudar con la limpieza ligera, la lavandería, la preparación de comidas y el cuidado de las mascotas de los miembros.</p> <p>Compras de comestibles : Papa Pals puede ayudar con las compras y la entrega de comestibles. Papa Pals recogerá a los miembros en</p> <p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Ayuda con ciertas afecciones crónicas (continuación)</p> <p>sus casas, llevar a los miembros al supermercado, cargar sus bolsas de compras y llevar a los miembros de regreso a casa.</p> <p>Lecciones de tecnología : los papa pals pueden ayudar a los miembros a aprender a usar la tecnología. Papa Pals enseñará a los miembros cómo usar una computadora, un teléfono inteligente y una tableta; y cómo usar las redes</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>sociales y cómo chatear por video con nietos y otros seres queridos.</p> <p>Para garantizar que nuestros miembros sepan cómo utilizar sus beneficios, nuestro plan brinda capacitación sobre cómo usar los servicios virtuales de atención primaria y la aplicación móvil Pyx Health, que brinda apoyo emocional para ayudar con el aislamiento social.</p> <p>Transporte social: proporciona transporte y compañía que no son de emergencia desde y hacia los destinos de los miembros. Los miembros pueden recibir transporte al consultorio del médico, farmacias, centros comunitarios, trabajos y otros lugares sociales.</p> <p>Apoyo al cuidador: Nuestro plan comprende que cuidar a un ser querido no siempre es fácil. Es por eso que nuestro plan brinda servicios de apoyo para cuidadores a través de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de apoyo a domicilio• haciendo recados• Compras de ropa• Entrega de preparación de comidas • Cuidado de relevo• Interacciones sociales a través de conexiones religiosas y espirituales.• Compromisos comunitarios• entrega de recetas• Experiencias grupales como arteterapia, terapia con mascotas, cocina y musicoterapia. <p>Para todos los servicios proporcionados por Papa Pals, a los miembros se les permiten hasta 4 visitas de una hora por mes, por un total de 48 horas por año.</p> <p>El miembro puede comprar horas adicionales por encima del máximo del plan mensual en Papa Pals.</p> <p><u>Beneficio de tarjeta flexible</u></p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Nuestro plan proporciona un subsidio de hasta \$150 por trimestre para alquiler, comestibles y asistencia con servicios públicos. Los miembros Recibir información por correo sobre cómo acceder a este beneficio.</p> <p><u>Servicios que apoyan la autodirección</u></p> <p>El programa de atención autodirigida ayuda a gestionar todos los aspectos de la prestación de atención médica personal.</p> <p>Los servicios incluyen asesoramiento sobre cómo funcionan los beneficios del plan y capacitación y asistencia en el uso de soporte para asistencia tecnológica para nuestro servicio complementario de la aplicación móvil Pyx Health. También ofrecemos servicios de asesoramiento sobre programas comunitarios para ayudar con reparaciones de viviendas, solicitudes de subsidios para facturas de servicios públicos, etc.</p> <p>Pyx Health: apoyo general para vivir</p> <p>Pyx Health lo ayuda a encontrar la atención adecuada cuando la necesita. Nuestra combinación única de seres humanos compasivos y una sencilla aplicación móvil trabajan juntas para facilitar el cuidado personal.</p> <p>Pyx Health es una aplicación móvil que los miembros pueden usar para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manténgase conectado con todos los beneficios del plan de salud.• Hable con el personal atento para obtener apoyo.• Encuentre recursos que ayuden a su salud física y mental, como médicos y grupos de apoyo, alimentos, transporte, servicios de pañales y más.• Mejora el estado de ánimo, la ansiedad, la motivación y más.	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe:</p> <p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consta de sesiones de entre 30 y 60 minutos que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico. • Ser entregado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la EAP. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero especialista clínico que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas. <p>SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p> <p>NOTA : <i>Es posible que se requiera autorización previa .</i></p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p>Transporte (rutina adicional)</p> <p>Nosotros cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 viajes de ida por mes, con un total de 48 viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan. • Puedes usar: <ul style="list-style-type: none"> • Taxi 	<p>copago de \$0</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Autobús/Metro • camioneta • Transporte Médico <p>NOTA: Se requiere autorización previa. Llame a Access2Care al número que figura en la contraportada de este folleto para solicitar transporte.</p> <p>NOTA: Los conductores no tienen formación médica. En caso de emergencia, llame al 911.</p>	
<p>Servicios que se necesitan con urgencia.</p> <p>Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios que el plan debe cubrir fuera de</p> <p>Servicios que se necesitan con urgencia. (continuado)</p> <p>red son: necesita atención inmediata durante el fin de semana o se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica inmediata de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios necesarios con urgencia de un proveedor fuera de la red.</p>	<p>0% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare</p>
<p> Cuidado de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. 	<p>0% de coseguro por cada examen cubierto por Medicare.</p> <p>0% de coseguro para pruebas de detección de</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debes pagar cuando obtienes estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más y hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). <p>Visión de rutina : Cubrimos : Un (1) examen ocular de rutina cada año</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un subsidio de \$350 cada año para lentes de contacto; y/o Anteojos (lentes y monturas) 	<p>glaucoma cubiertas por Medicare.</p> <p>0% de coseguro por exámenes de la vista cubiertos por Medicare para evaluar enfermedades oculares.</p> <p>0% de coseguro por un par de anteojos o lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Copago de \$0 por servicio oftalmológico de rutina</p>
<p> Bienvenido a la visita preventiva de Medicare.</p> <p>Bienvenido a la visita preventiva de Medicare (continuación)</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única <i>de Bienvenida a Medicare</i> . La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes y vacunas) y derivaciones para otros cuidados si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos únicamente la visita preventiva <i>de Bienvenida a Medicare</i> dentro de los primeros 12 meses tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva <i>de Bienvenida a Medicare</i> .</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el <i>Bienvenido a la visita preventiva de Medicare</i>.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Community Health Choice (HMO) D-SNP? 002-001

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Community Health Choice (HMO) D-SNP) 002-001

Los siguientes servicios no están cubiertos por Community Health Choice (HMO DSNP) 002-001, pero están disponibles a través de Medicaid.

SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD

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

Exención de Servicios de Apoyo y Asistencia para la Vida Comunitaria (CLASS)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de Servicios Humanos y de Salud de Texas https://www.hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/proveedores-de-atencion-a-largo-plazo-comunidad-vida-asistencia-apoyo-servicios-clase
Exención para sordos y ciegos con discapacidades múltiples (DBMD)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en el siguiente sitio de Servicios Humanos y de Salud de Texas Página web. https://www.hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portales/atencion-a-largo-plazo-proveedores/sordos-ciegos-discapacidades-multiples-dbmd
Exención de servicios domiciliarios y comunitarios (HCS)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en el siguiente sitio de Servicios Humanos y de Salud de Texas Página web. https://www.hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portales/proveedores-de-atencion-a-largo-plazo-servicios-basados-en-la-comunidad-en-el-hogar-hcs

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

<p>Programa para niños médicamente dependientes (MDCP)</p>	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en el siguiente sitio de Servicios Humanos y de Salud de Texas,</p> <p>Página web. https://www.hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp</p>
<p>Programa STAR+PLUS (que opera bajo la exención del Programa de mejora de la calidad y transformación de la atención médica de Texas)</p>	<p>Los programas incluyen cuidado de crianza para adultos, vida asistida, terapia de rehabilitación cognitiva, servicios de administración financiera, entrega de comidas a domicilio, modificaciones menores en el hogar y consultas de apoyo.</p> <p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de Servicios Humanos y de Salud de Texas. https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaidchip/medicaid-chip-members/starplus</p>
<p>Exención de vida en el hogar de Texas (TxHmL)</p>	<p>Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de Servicios Humanos y de Salud de Texas. https://www.hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml</p>
<p>Dispositivos de comunicación de asistencia, también conocidos como sistema de dispositivo de comunicación aumentativa (ACD)</p>	<p>Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
<p>Hospicio</p>	<p>Medicaid paga este servicio para ciertos miembros de la exención si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid NOTA: Cuando los clientes adultos eligen servicios de cuidados paliativos, renuncian a sus derechos a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a los servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.</p>

SECCIÓN 4 Qué servicios no están cubiertos por : ¿Medicare ?

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones de Medicare)

Esta sección le indica qué servicios están “excluidos” de Medicare.

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

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo. excepto bajo las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio es apelado y decidido: tras la apelación es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto sólo bajo condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.

Evidencia de cobertura 2024 para Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001
Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto) y lo que pagas)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto sólo bajo condiciones específicas
<p>Cuidado de custodia</p> <p>El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>		<p>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas. Cubiertos por nuestro plan en determinadas circunstancias. Se aplican límites y restricciones .</p>
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Puede estar cubierto por Medicare Original según un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).</p>
<p>Honorarios cobrados por la atención de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.</p>	No cubierto bajo ninguna condición	
<p>Atención de enfermería a tiempo completo en su domicilio.</p>	No cubierto bajo ninguna condición	
<p>Comidas a domicilio</p>		<p>Cubierto después de la hospitalización aprobada por el plan: cubre hasta 14 comidas por admisión, para una cantidad ilimitada de admisiones durante el año del plan.</p>

Evidencia de cobertura 2024 para Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001
Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto) y lo que pagas)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto sólo bajo condiciones específicas
Servicios de amas de casa que incluyen asistencia doméstica básica, como tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras.		Cubierto por nuestro plan bajo ciertas circunstancias. Aplican límites y restricciones
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	No cubierto bajo ninguna condición	
Cuidado dental no rutinario		Nuestro plan brinda cobertura para servicios dentales integrales. Se aplican restricciones del plan. Consulte la sección dental en el Capítulo 4. La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies.		Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No cubierto bajo ninguna condición	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto sólo cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o insumos anticonceptivos sin receta.	No cubierto bajo ninguna condición	

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

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

CAPÍTULO 5:

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

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



Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Debido a que es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa de “Ayuda adicional”, es posible que parte de la información contenida en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso. Le enviamos un folleto por separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su medicamento. cobertura. Si no tiene este prospecto, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La “Lista de medicamentos” le indica cómo conocer su cobertura de medicamentos de Medicaid.

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro prescriptor) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su médico no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Ver Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan*]
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan* (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).

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

- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan]

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

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

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

Sección 2.2 Farmacias de la red
--

¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/Medicare y/o llamar a Servicios para Miembros.

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

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

Si la farmacia que ha estado usando deja la red del plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros o utilizar el *Directorio de farmacias*: También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/Medicare.

¿Y si necesitas una farmacia especializada?

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

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de cuidados de larga duración (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros
- Farmacias que atienden el Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren manipulación especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** este escenario debería ocurrir rara vez).

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

Sección 2.3 Uso del servicio de pedidos por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Generalmente, los medicamentos proporcionados mediante pedido por correo son medicamentos que usted toma regularmente, para una condición médica crónica o de largo plazo.

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

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

Por lo general, se le entregará un pedido de farmacia por correo en no más de 14 días. Si su pedido se retrasa, comuníquese con nuestro Servicio de atención al miembro para obtener ayuda. Le ayudaremos a obtener las recetas que necesita.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico .

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su Directorio de farmacias le indica qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información .

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en determinadas situaciones.

Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. **Consulte primero con Servicios para Miembros**

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

para ver si hay una farmacia de la red cercana. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinde Servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no se encuentra regularmente en un lugar accesible farmacia minorista o de pedidos por correo de la red (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
- Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del Plan, y Si se enferma o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos los medicamentos recetados que sean abastecido en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura identificadas dentro de este documento y el Formulario y una farmacia de la red no está disponible.
- Durante cualquier declaración federal de desastre u otra declaración de emergencia de salud pública en qué afiliados de la Parte D son evacuados o desplazados de su lugar de residencia y no se puede esperar razonablemente que obtenga medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red. Además, en circunstancias en las que los canales de distribución habituales no estén disponibles.

¿Cómo se solicita el reembolso del plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2 explica cómo solicitarle al plan que le devuelva el dinero).

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

La Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos.
--

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

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

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

Generalmente cubriremos un medicamento en la “Lista de medicamentos” del plan siempre que usted siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que *sea* :

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o condición para el cual se prescribe.
- *o* - Respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario de hospitales estadounidenses y el Sistema de información DRUGDEX.

La “Lista de Medicamentos” incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos”.

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los genéricos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

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

no está en la “Lista de medicamentos”?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

Sección 3.2 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la “Lista de medicamentos”?

Tienes tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la “Lista de medicamentos” más reciente te enviamos. (Tenga en cuenta: la “Lista de medicamentos” que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la “Lista de medicamentos” proporcionada. Si uno de sus medicamentos es no figura en la “Lista de medicamentos”, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.communityhealthchoice.org/Medicare). La “Lista de medicamentos” en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la “Lista de medicamentos” del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la “Lista de medicamentos”.

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

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

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

Sección 4.2 ¿Qué tipo de restricciones?

Las secciones siguientes le brindan más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que le eximamos de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos o no renunciar a la restricción por usted. (Ver Capítulo 9)

Restringir los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento **genérico** funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos. : **En la mayoría de los casos, cuando un genérico Si hay disponible una versión de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico no funcionará, entonces cubriremos el medicamento de marca (su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

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

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

Probar primero un medicamento diferente

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

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea que esté cubierto?

Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que lo estuviera .
--------------------	---

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

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento esté cubierta pero la versión de marca que desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que lo estuviera.
- Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o si el medicamento está restringido de alguna manera?
--------------------	--

Si su medicamento no está en la “Lista de medicamentos” o está restringido, aquí tiene opciones:

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal.

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

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

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días**. de su membresía en el plan .
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante la primera **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de **30 días**. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos resurtidos múltiples para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia para **31 días** de un medicamento en particular, o menos si su receta está escrita para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.
- Para miembros actuales con cambios en el nivel de atención:
- Es posible que se produzcan transiciones no planificadas, como altas hospitalarias o cambios en el nivel de atención, mientras esté inscrito como miembro de nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o su capacidad

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

para obtenerlos es limitada, debe utilizar el proceso de excepción del plan. Puede solicitar un suministro temporal único de al menos 30 días para tener tiempo para analizar un tratamiento alternativo con su médico o para solicitar una excepción a la lista de medicamentos (formulario). Si su médico le receta una receta para menos días, puede volver a surtir el medicamento hasta que haya recibido al menos un suministro para 30 días.

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

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

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

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

1) Puedes cambiar a otro medicamento

Hablar Consulte con su proveedor si existe otro medicamento cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

2) Puedes solicitar una excepción

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

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

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La “Lista de Medicamentos” puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios en la “Lista de medicamentos”. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregue o elimine medicamentos de la "Lista de medicamentos ".**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento .**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos.

Cuando se producen cambios en la “Lista de medicamentos”, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea de forma periódica. A continuación, señalamos las ocasiones en las que recibiría un aviso directo si se realizaran cambios en un medicamento que está tomando.

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

- **Un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos)**
 - Podemos eliminar un medicamento de marca de nuestra “Lista de medicamentos” si lo reemplazamos con una versión genérica del mismo medicamento. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra “Lista de medicamentos”, pero trasladarlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas, cuando se agregue el medicamento genérico.
 - Si un medicamento de marca que está tomando se reemplaza por uno genérico o trasladado a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificarle el cambio

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

con al menos 30 días de anticipación o notificarle el cambio y un reabastecimiento de su medicamento de marca con *30 días de anticipación*.

- Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con su proveedor para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubrimos.
- Usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la “Lista de Medicamentos” que son retirados del mercado

- A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la "Lista de medicamentos". Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos de inmediato.
- Su médico también sabrá acerca de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos en la “Lista de medicamentos”**
 - Es posible que realicemos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la “Lista de medicamentos” o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambos. Nosotros también podríamos realizar cambios basados en las advertencias del recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos notificarle el cambio con al menos 30 días de anticipación o notificarle el cambio y un reabastecimiento de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con su médico para cambiar a un medicamento diferente que cubrimos o para cumplir con cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y continuar cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios a la “Lista de medicamentos” que no le afectan durante este año del plan

Es posible que realicemos ciertos cambios en la “Lista de medicamentos” que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento

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

cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Ponemos una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la “Lista de medicamentos”.

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

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos.

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos recetados están “**excluidos**”. Esto significa Medicare no paga por estos medicamentos.

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

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

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

- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. El uso no indicado en la etiqueta es cualquier uso del medicamento distinto de los indicados en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para uso no indicado en la etiqueta se permite solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de formulario de American Hospital y el Sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, Medicare no cubre las siguientes categorías de medicamentos enumerados a continuación.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones fluoradas.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que las pruebas o servicios de monitoreo asociados se comprendan exclusivamente al fabricante como condición de venta.

SECCIÓN 8 Surtido de una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía.

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

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

Sección 8.2 ¿Qué pasa si no tiene su información de membresía con usted?

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja**. (Luego puedes **pedirnos que te reembolsemos** por nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan?

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

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si es residente de un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que este utilice, siempre que sea parte de nuestra red.

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

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

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

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

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

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

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y gestión de medicamentos.

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar drogas de manera segura.

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudar a garantizar que reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que obtiene una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo

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

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

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

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

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

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides en una o varias farmacias determinadas.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides que cubriremos para usted.

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

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

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

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

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

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos elevados en medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantén tu lista de medicamentos actualizada y contigo (por ejemplo, con tu DNI) en caso de que vayas al hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decides no participar, por favor notifícanos y te daremos de baja. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

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



¿Cómo puede obtener información sobre su medicamento?

Debido a que es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa de “Ayuda adicional”, es posible que **parte de la información contenida en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso**. Le enviamos un folleto por separado, llamado *Anexo de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados* (también conocido como Anexo de subsidio para personas de bajos ingresos o Anexo LIS), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este prospecto, llame a Servicios para Miembros y solicite la cláusula adicional LIS.

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

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

Existen diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se llama **costo compartido** y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

- **El deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **El copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que obtiene una receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene una receta.

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

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

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo.

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial
 - La etapa de la brecha de cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan .

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo** , se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos*. en sus costos de bolsillo si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones determinadas**. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare o por el Servicio de Salud Indígena. Pagos realizados por el programa “Ayuda adicional” de Medicare también están incluidos.
- Algunos pagos realizados por el Programa de descuento para el período sin cobertura de Medicare están incluidos en sus costos de bolsillo . Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Pero el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos no está incluido .

Pasando a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de \$8,000 en costos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial O Etapa de período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo.

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare .
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en el período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación para Trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros .

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

- **Nosotros te ayudaremos** . El informe de Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de bolsillo. Cuando este monto llegue a \$8,850, este informe le indicará que abandonó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos** . La Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre cuando lo obtenga.

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001?
--

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

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare según Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001 . Cuánto pagas depende de en qué etapa te encuentres cuando obtiene una receta surtida o resurtida. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 2: Etapa de brecha de cobertura

Etapa 3: Etapa de Cobertura Catastrófica

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

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

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

- Realizamos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se llama **costos de bolsillo** .
- Realizamos un seguimiento de sus **costos totales de medicamentos** . Este es el monto que usted paga de su bolsillo u otros pagan en su nombre más el monto pagado por el plan.

Si le surtieron una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

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

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

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por los medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. A continuación le explicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que obtenga una receta**. Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En ocasiones, es posible que usted pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus costos de bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. Aquí hay ejemplos de cuándo debe proporciónenos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos proporcionados según un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

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

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos realizar un seguimiento de sus costos.
- **Consulta el informe escrito que te enviamos.** Cuando recibas el Parte D EOB, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001

No hay deducible para Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001. Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando obtiene su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

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

Mire el folleto separado (el LIS Rider) para obtener información sobre el monto de su deducible.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Sección 5.2 Una tabla que muestra los costos de un suministro de un mes de un medicamento
--

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

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Dependiendo de tu nivel de Ayuda Adicional, pagas:					
Medicamentos genéricos con costo compartido	\$0 de copago; o \$1.55 de copago; o copago de \$4.50; o 25%	copago de \$0; o \$1,55; o copago de \$4.50; o 25%	copago de \$0; o copago de \$1.55; o copago de \$4.50; o 25%	copago de \$0; o copago de \$1.55; o copago de \$4.50; o 25%	copago de \$0; o copago de \$1.55; o copago de \$4.50; o 25%
Medicamentos de marca	copago de \$0; o copago de \$4.60; o copago de \$11.20; o 25%	copago de \$0; o copago de \$4.60; o copago de \$11.20; o 25%	copago de \$0; o copago de \$4.60; o copago de \$11.20; o 25%	copago de \$0; o copago de \$4.60; o copago de \$11.20; o 25%	copago de \$0; o copago de \$4.60; o copago de \$11.20; o 25%

Sección 5.2 Si su médico le receta menos del suministro de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes.

Normalmente, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense un suministro de sus medicamentos para menos de un mes completo, si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes recetas.

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de un mes completo. Calcularemos el monto que

usted paga por día por su medicamento (la tasa de costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento

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

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

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (Suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de pedidos por correo (Suministro de hasta 90 días)
	Dependiendo de tu nivel de Ayuda Adicional, pagas:	
Costo compartido de marca genérica/preferida	Copago de \$0 a \$4.50 o 25%	Copago de \$0 a \$4.50 o 25%
Otras drogas	\$0 a \$11.20 de copago o 25%	\$0 a \$11.20 de copago o 25%

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales de medicamentos para el año alcancen \$5,030

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que ha surtido alcance los **\$5,030 . límite para la Etapa de Cobertura Inicial .**

La EOB de la Parte D que reciba le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, el plan y cualquier tercero haya gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,030 en un año.

Le informaremos si alcanza esta cantidad. Si alcanza este monto, abandonará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de brecha de cobertura . Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Brecha de Cobertura

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

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo el monto que usted paga cuenta y lo ayuda a superar el período sin cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo que Medicare ha establecido. Una vez que alcanza este monto (\$8,000), abandona la Etapa de interrupción de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

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

Los requisitos de coseguro de la etapa de interrupción de cobertura no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes.

No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y los costos compartidos para las vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga el costo total para sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Tu entras la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus costos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que estés en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerás en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde los consigues.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas : algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la “Lista de medicamentos” del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la “Lista de medicamentos” de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna misma** .
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **aplicarle la vacuna** . (Esto a veces se denomina administración de la vacuna).

Tus costos para una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

1. Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.

- El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no le cuestan nada.

2. Dónde recibe la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada en una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.

3. Quién te pone la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarlo en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo del proveedor para administrarla. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

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

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su : coseguro *O* copago para la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrársela.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro *O* copago por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico donde le administran la vacuna.

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro *O* copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio. Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante el uso de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por administrar la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia)

CAPÍTULO 7:

Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

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

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

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a menudo se le llama **reembolsarle**). Tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan cada vez que haya pagado : más que su parte del costo para servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envía una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por una cantidad superior a su parte del costo compartido, como se analiza en el documento. Primero intenta resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, se lo comunicaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación se muestran ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que haya recibido:

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

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte o no de nuestra red. En estos casos, solicite al proveedor que facture al plan.

- Si paga el monto total usted mismo en el momento de recibir la atención, pídanos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.

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

- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya has pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento recetado

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

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

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

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

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

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

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la “Lista de medicamentos” del plan o que tenga un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que deba aplicarse a usted. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. A esto se le llama tomar una **decisión de cobertura** . Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión . El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que haya recibido

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

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

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/Medicare) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario.

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

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

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

Community Health Choice HMO D-SNP ATTN: Pago de reclamaciones
2636 Sur Loop Oeste, Suite 125
Houston, Texas 77054

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

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento : y cuanto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos su reembolso por correo. de nuestra parte del costo para

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

usted. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no están* cubiertos, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o del medicamento. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los que no enviamos el pago y sus derechos a apelar esa decisión.

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

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural. y orígenes étnicos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

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

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar una queja ante Community Health Choice HMO D-SNP al (833) 276-8306 sin costo o local (713). 295-5007. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o en este correo, o puede comunicarse con el número gratuito (833) 276-8306 o con el número local (713) 295-5007 para obtener información adicional.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

“Para que podamos brindarles información es una forma que funcione para usted , llame a Servicios para Miembros (los numeros de telefono estan impresos en la contraportada de este folleto). Nuestro plan, cuenta con personas y servicios de interpretación. gratuitos para contestar preguntas que los Miembros que no hablan inglés y que están discapacitados puede entender . También si lo necesitas podemos brindarle la información en Braille, en letras grandes u otros formatos alternativos sin costo alguno . Estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan, en un formato que sea accesible y apropiado para usted . Para que podamos brindarles información es una forma que funcione para usted , llame a Servicios para Miembros (los numeros de telefono estan impresos en la contraportada de este folleto) o comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles , la Oficina de Derechos Civiles , la Comisión de Salud y Servicios Humanos, 701 W. 51st Street MC W206, Austin Texas 78751.

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

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

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le brinde y organice sus servicios cubiertos. No requerimos que obtenga referencias [*insertar si corresponde*: para ir a proveedores de la red.

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

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

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Su información personal de salud incluye la **información personal** que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito, llamado *Aviso de prácticas de privacidad*, que habla sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de brindar su información de salud a cualquier persona que no le brinda atención ni la paga, *debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones sobre su caso. tú primero.*
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindarle a Medicare su información de salud, incluida información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales; Por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

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

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

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

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

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

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

- **Información sobre nuestro plan** . Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red y farmacias.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre tu cobertura y las reglas que debes seguir al utilizar tu cobertura.** Los capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

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

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Para conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan . También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y consumirlos de manera segura.
- **Para conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo involucrado en su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tienes la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicamentos, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

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

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

- Complete un formulario escrito para otorgarle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez usted no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Déles a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas** . Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

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

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de artículos de oficina. A veces puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare.
- **Rellénelo y firmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario, quien puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

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

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen tus instrucciones?

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

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.
--------------------	--

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

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?
--------------------	---

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

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que ha sido tratado injustamente o no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** .
- Puedes **llamar al NAVE** . Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

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

SECCIÓN 2 **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.**

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

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos** . Utilice esta Evidencia de cobertura para conocer qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Si tiene otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestra tu tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento a su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Se considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Paga lo que debes .** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para la mayoría de los miembros de Community Health Choice HMO D-SNP, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento.
 - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos más altos (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para manejar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema se refiere a los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid** . Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para Miembros.
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones** .
 - Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**; También llamados agravios.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué pasa con los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos no son familiares para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

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

Sin embargo, puede resultarle útil (y a veces bastante importante) conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión obtenga la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando brindamos detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.

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

Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP).

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

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

Seguro médico del estado

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

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid.

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

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿qué proceso debería utilizar?

Debido a que tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, tiene diferentes procesos que puede utilizar para manejar su problema o queja. El proceso que utilice depende de si el problema tiene que ver con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe utilizar el proceso de

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

Medicare. Si su problema tiene que ver con un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con Servicios para Miembros.

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice el cuadro a continuación.

¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

Si desea ayuda para decidir si su problema tiene que ver con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid, comuníquese con Servicios para Miembros.

Mi problema es sobre los beneficios **de Medicare** .

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.**

Mi problema es sobre la cobertura **de Medicaid** .

Pase a la **Sección 12** de este capítulo, **Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.**

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debería utilizar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería utilizar el proceso para presentar quejas?
--------------------	---

Si tiene algún problema o inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El cuadro a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo para problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare** .

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

Para determinar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios **de Medicare**, utilice este cuadro:

¿Su problema o preocupación es sobre sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos recetados de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

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

No.

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

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

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

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o la Evidencia de La cobertura deja

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

claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos una atención médica antes de que la reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

hacer una apelación

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

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos adecuadamente las reglas. Cuando hayamos completado la revisión, te damos nuestra decisión.

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

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación del Nivel 1 .
- Consulte **la Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.
- Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 7 de este capítulo.

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

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

A continuación encontrará recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros** .
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
 - **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario *de Nombramiento de Representante* . (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf
 - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es rechazada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona que prescribe puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o recetador puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su **representante** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario *de Nombramiento de representante* . (El

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

formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo brinda los detalles de su situación?
--------------------	---

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, damos los detalles de cada una en un apartado aparte:

- **Sección 6** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios* : atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).)

Si no está seguro de qué sección debe utilizar, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el dinero. nuestra parte del costo de su atención.
--------------------	--

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué usted paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, le explicaremos cómo se aplican las reglas. Las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere brindarle y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero le hemos dicho que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**
4. Ha recibido y pagado atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse dicha atención. **Envíanos la factura. Sección 6.5.**
5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud. **Presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota : Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) , debe leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura
--------------------	--

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

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se llama **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para conseguir una cobertura rápida decisión, deberá cumplir dos requisitos:

- *Sólo* podrá solicitar cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría *causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.
- **Si tu médico nos dice que tu salud requiere una cobertura rápida decisión, automáticamente aceptaremos brindarle una cobertura rápida decisión.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El capítulo 2 tiene información de contacto.

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

Paso 3 : Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud. **para un artículo o servicio médico** . Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare** , le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no debemos* tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Para decisiones de cobertura rápidas utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días más** . Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o parte de lo que solicitó** , le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no.

Paso 4 : Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

Si decimos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa solicitar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración del plan**.

Una apelación rápida también se llama **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una apelación estándar se presenta dentro de los 30 días o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe realizar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para

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

presentar su apelación. Ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3 : Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta .

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y posiblemente nos comunicaremos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación** . Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico . Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período extendido si tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada. por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta. **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su

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

apelación . Le informaremos nuestra decisión antes si su condición de salud así lo requiere.

- Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico . Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no debemos* tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presentas una reclamación rápida, te daremos respuesta a tu reclamación en un plazo de 24 horas. (Consulte **la Sección 11** de este capítulo para obtener información sobre quejas).
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindarle la cobertura dentro de los 30 días **calendario** si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para una Parte de Medicare. Medicamento recetado B.

Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término Legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le llama **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare** . No está conectado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **expediente de su caso** . **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso** .

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

- Tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida el La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más** . La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico , la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más** . La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico** , debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o brindar el servicio dentro de **los 14 días calendario**. después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o proporcionemos el servicio **dentro de las**

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

- 72 horas** a partir de la fecha en que el plan reciba la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas** .
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare **dentro de un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar** o **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes aceleradas**.
 - **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación** , significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita cumple con un mínimo determinado. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Indicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le devolvamos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?
--------------------	--

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por *Servicios y artículos cubiertos* por Medicaid , envíenos la factura. **No debes pagar la factura tú mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos

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

encargaremos del problema. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Solicitar un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no está* cubierta o no *siguió* todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que indique que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación** . Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3 . Para apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el dinero por un medicamento de la Parte D.
--------------------	---

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6.

- **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez *el medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto o el medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.
- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir según lo escrito, la farmacia le entregará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término Legal

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*. **Solicite una excepción. Sección 7.2**

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

- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener) **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pague por un medicamento recetado que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el dinero. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos” a veces se denomina solicitud de **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento a veces se denomina solicitar una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto. A veces se le llama solicitar una **excepción de niveles**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que podamos considerar su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que prescribe deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Aquí están Dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que prescribe pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no esté en nuestra “Lista de medicamentos”**. Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la “Lista de medicamentos”, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los

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

medicamentos en Nivel 1. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.

- 2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto .** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra “Lista de medicamentos”. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de cómo solicitar excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos.

Su médico u otra persona que prescribe debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para tomar una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que prescribe cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra “Lista de medicamentos” incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos** . Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos decir sí o no a su petición.

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

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

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápidas** se toman dentro de **las 24 horas** posteriores a la recepción del informe de su médico.

Si tu salud lo requiere, consúltanos para darte una rápida decisión de cobertura . A Para obtener una decisión de cobertura rápida , debes cumplir dos requisitos:

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido . (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que se le devuelva el dinero de un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otra persona que le receta nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida , automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o prescriptor, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida .** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida , le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura rápida , automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le informa cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas siguientes a su recepción.

Paso 2 : Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS que [está](#) disponible en nuestro sitio web. El capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

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

Usted, su médico (u otro prescriptor) o su representante pueden hacer esto. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que son las razones médicas de la excepción. Su médico u otra persona que prescribe puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otra persona que prescribe puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o por correo una declaración escrita si es necesario.

Paso 3 : Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

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

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindarle la cobertura** que hemos acordado brindar **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** siguientes a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos realizarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4 : Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa solicitar nuevamente obtener la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1.
--------------------	--

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan .

Una apelación rápida también se llama redeterminación acelerada .
--

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

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se presenta dentro de los 7 días. Una apelación rápida generalmente se presenta dentro de las 72 horas. Si tu salud lo requiere, pide un recurso rápido.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que prescribe deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2 : Usted, su representante, médico u otro prescriptor deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si tu salud requiere una respuesta rápida, debes solicitar un recurso rápido.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al número gratuito (833) 276-8306 o al (713) 295-5007 local** (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no cumplirla, explique el motivo por el cual su apelación se retrasa cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3 : Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando

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

rechazamos su solicitud. Podemos comunicarnos con usted, su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su condición de salud nos exige que lo hagamos.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo solicitado**, debemos brindarle la cobertura tan rápido como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación. **Si nuestra respuesta es no a todo o parte de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** siguientes a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

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

- Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o la totalidad de lo que solicitó, también debemos realizarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es no a todo o parte de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4 : Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término Legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le llama **IRE**.

La **organización de revisión independiente** es una organización independiente contratada por Medicare. No está conectado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de riesgo según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **expediente de su caso**. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.

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

- Tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente .
- Si la organización acepta otorgarle una apelación rápida, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos el dinero de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud .

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos enviarle **el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

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

¿Qué pasa si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión** . También se llama **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Indicándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4 : Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le darán el alta demasiado pronto

Cuando es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que dejará el hospital. Le ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de su partida.

- El día que sale del hospital se llama **fecha de alta** .
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital le informarán tú.

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

- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 8.1	Durante su estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos.
--------------------	--

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso.

Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. Te dice:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le dan el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que podamos cubrir su atención hospitalaria por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso *sólo demuestra* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. Tenga a mano su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de su alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta.

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

- Para ver una copia de este aviso con anticipación, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischarge Appeal Notices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischarge%20Appeal%20Notices) .

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso.**
- **Cumplir con las fechas límite.**
- **Pide ayuda si la necesitas** . Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si la fecha de alta planificada es médicamente adecuada para usted.

La **organización de mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización de mejora de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debes actuar rápidamente.

¿Cómo puedes contactar con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúa rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes de salir del hospital* y **antes de la medianoche del día de su alta** .

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

- Si **cumple con** este plazo , puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar* mientras espera recibir la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.
- Si no **cumple** con este plazo **y** decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar todos los costos** de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan . Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte **la Sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día siguiente al contacto con nosotros, le entregaremos un **Aviso detallado de alta** . Este aviso proporciona su fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del Aviso detallado de alta llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepares nada por escrito, pero puedes hacerlo si lo deseas.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores nos informaron sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte que le indicará la fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir brindándole a su paciente hospitalizado cubierto servicios hospitalarios durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice que *no*, está diciendo que la fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para su paciente hospitalizado Los servicios hospitalarios finalizarán** al mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión rechaza *su* apelación y usted decide permanecer en el hospital, es **posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la Organización de Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado *su* apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente su decisión en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

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

Paso 1: comuníquese nuevamente con la Organización de mejora de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Hay que seguir dando cobertura para su paciente hospitalizado atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario .**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.

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

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su alta hospitalaria?
--------------------	---

Término Legal

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

Puedes apelar a nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad, existe otra forma de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa de nivel 1*

Paso 1: Contáctenos y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida** . Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. El capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de su fecha de alta planificada y verificamos si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si la fecha de alta planificada fue médicamente apropiada. Vemos si la decisión sobre cuándo debería salir del hospital fue justa y siguió todas las reglas.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a que solicite una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos acordado con usted que aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos brindándole sus servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los

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

costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que la fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza a partir del día que indicamos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta planificada, es **posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se *enviará automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación *alternativo de nivel 2*

Término Legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces se le llama IRE .

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está conectado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si se debe cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar

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

pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo en que la fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente apropiada.
- La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa a la apelación de Nivel 3.
- La Sección 10 de este capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.

Sección 9.1	<i>Esta sección trata únicamente sobre tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) .</i>
--------------------	--

Cuando recibe **servicios de atención médica domiciliaria cubiertos, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)** , tiene derecho a seguir recibiendo servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención , **nosotros Dejaremos de pagar nuestra parte del costo** de su atención.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión** . Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura
--------------------	--

Término Legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida . Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.
--

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso te dice:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir la atención para usted.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo demuestra* que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa** que esté de acuerdo con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período de tiempo más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso.**
- **Cumplir con las fechas límite.**
- **Pide ayuda si la necesitas .** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite una apelación por vía rápida. Debes actuar rápidamente.

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

¿Cómo puedes contactar con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúa rápido:

- Debe comunicarse con la Organización de mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del *Aviso de falta de cobertura de Medicare* .
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Término Legal
Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante este análisis?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepares nada por escrito, pero puedes hacerlo si lo deseas.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les haya proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nuestra parte la **Explicación detallada de falta de cobertura que explica en detalle nuestros motivos para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.**

Paso 3: dentro de un día completo después de tener toda la información que necesitan; los revisores le dirán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores aceptan *su* apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

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

- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que *no*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos indicado.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después de* esta fecha en la que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan *su* apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que finalice su cobertura, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). *después de* la fecha en la que dijimos que su cobertura terminaría.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de mejora de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores al día en que la Organización de Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Hay que seguir dando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Etapa 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. **La Sección 10** de este capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Puedes apelar a nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de mejora de la calidad para iniciar su primera apelación (en uno o dos días, como máximo). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa de nivel 1*

Término Legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

Paso 1: Contáctenos y solicite una revisión rápida.

- **Solicite una revisión rápida** . Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta utilizando los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar. El capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a que solicite una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos acordado con usted que necesita servicios por más tiempo y que continuaremos brindando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que su cobertura terminaría, entonces tendrá **que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones .

Término Legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces se le llama IRE .

Paso a paso: proceso de apelación *alternativo de nivel 2*

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos en su apelación rápida. Esta organización decide si se debe cambiar la decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para encargarse de la tarea de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Reenviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores al momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con este plazo u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 11 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. También debemos continuar cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y no la cambiará.
- El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le indicará por escrito qué puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.

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

- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. **La Sección 10** de este capítulo habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes de Servicios Médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, es posible que el proceso de apelación haya terminado o no.** A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizarle o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador rechazan su apelación, es posible que el proceso de apelación haya terminado o no.**

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

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4: La Seguro médico del estado El Consejo de Apelaciones (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo niega nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted . Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarle o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no haber terminado .**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

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

Si el valor del medicamento que ha apelado alcanza un determinado monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. A continuación se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado . Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación *puede o no haber terminado* .**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Medicare El Consejo de Apelaciones (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado . Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación *puede o no haber terminado* .**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisar la apelación, el aviso le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará a quién contactar y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?

El proceso de quejas *sólo se* utiliza para ciertos tipos de problemas . Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación se muestran ejemplos de los tipos de problemas que maneja el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respetando tu privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o no compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso contigo? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para miembros? • ¿Siente que lo alientan a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o está esperando demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado? ¿O por nuestros Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de examen, o al obtener una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?

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

Queja	Ejemplo
<p>Información que obtienes de nosotros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
<p>Oportunidad (todos estos tipos de quejas están relacionadas con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí hay ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y le dijimos que no; puedes presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puedes presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos, servicios o medicamentos médicos que fueron aprobados; puedes presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puedes presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales
<ul style="list-style-type: none"> • Una queja también se llama agravio. • Presentar una queja también se llama presentar una queja. • Utilizar el proceso para presentar quejas también se denomina utilizar el proceso para presentar una queja. • Una queja rápida también se llama queja acelerada.

Sección 11.3	Paso a paso: Presentar una queja
---------------------	---

Paso 1: Contáctenos de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso.** Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
 - Por lo general, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso. Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros se lo informará. Llame sin cargo al (833) 276-8306, los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a Viernes, de 8:00 a 20:00 horas. En ciertos días festivos, su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.
 - Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

Elección de salud comunitaria (HMO D-SNP)

ATENCIÓN: Departamento de Quejas/Mejora del Servicio

2636 Sur Loop Oeste, Suite 125

Houston, Texas 77054

- La queja deberá presentarse dentro de los sesenta (60) días siguientes al evento o incidente. Debemos completar la investigación de su queja tan rápidamente como lo requiera su caso según su estado de salud, pero a más tardar treinta (30) días después de recibir su queja. Podemos extender el plazo para decidir sobre una queja hasta catorce (14) días si solicita la extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y documentamos que la demora es lo mejor para usted.
- Tiene derecho a presentar una queja acelerada siempre que tomemos la decisión de no conceder su solicitud de acelerar su solicitud de un servicio o sus medicamentos, o su apelación por un servicio o sus medicamentos. También tiene derecho a presentar una queja acelerada si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el tiempo necesario para tomar una decisión sobre su solicitud de un servicio o su apelación de un servicio. Para sus quejas aceleradas, debemos decidir dentro de las veinticuatro (24) horas si nuestra decisión de negar o retrasar la toma de una decisión acelerada pone en riesgo su vida o su salud y entregarle la notificación a más tardar 24 horas después de su recepción. Cuando se requiere una notificación por escrito para quejas aceleradas, inicialmente podemos proporcionar una notificación verbal de nuestra decisión y debemos entregar una confirmación por escrito de nuestra decisión dentro de los 3 días calendario posteriores a la notificación verbal.

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

- Un aviso de resolución de quejas proporcionará una explicación de nuestra investigación y le informará sobre las opciones de resolución de disputas que pueda tener.
 - Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato. Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema del que desea quejarse.
-
- El **plazo** para presentar una reclamación es de 60 días naturales desde que tuviste el problema que quieres reclamar.

Paso 2: Examinamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, te responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le presentaremos una queja rápida.** Si tienes una queja rápida, significa que te daremos **una respuesta dentro de las 24 horas** .
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 11.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad.
---------------------	--

Cuando su queja es sobre *la calidad de la atención* , también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización de Mejora de la Calidad** . La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 tiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización de Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo** .

Sección 11.5	También puede informar a Medicare sobre su queja
---------------------	---

Puede presentar una queja sobre Community Health Choice (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx . También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Terminar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Community Health Choice (HMO D-SNP) 002-001 puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Podrías abandonar nuestro plan, porque has decidido que quieres *irte*. Las secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no elige irse, pero estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid.
--

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especiales:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al próximo período para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Período Especial de Inscripción para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado
- Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para conocer las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar sus planes. Tu inscripción en tu nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	--

Puede finalizar su membresía durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como Período de inscripción abierta anual) . Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre** .
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado
 -
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, a menos que haya optado por no participar en el plan automático. inscripción.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante **Medicare Advantage Período de Inscripción Abierto** .

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambie a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, es posible que sea elegible para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial** .

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Generalmente, cuando te has mudado.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar sus recetas de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los plazos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Tu puedes elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos recetados, a menos que haya optado por no participar en el plan automático. inscripción.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes posterior a que se reciba su solicitud para cambiar su plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llame a Servicios para Miembros.**
- Encuentre la información en *Medicare y usted Manual 2024*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debes hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Otro plan de salud de Medicare	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbese en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en Community Health Choice (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">• Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare separado	<ul style="list-style-type: none">• Inscríbese en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en Community Health Choice (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debes hacer:
<ul style="list-style-type: none">• Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare separado○ Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.○ Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días o más seguidos sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.• También puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar su cancelación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.• Se cancelará su inscripción en Community Health Choice (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más seguidos, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos. a través de nuestro plan

Hasta su membresía Community Health Choice (HMO D-SNP) termina y comienza su nueva cobertura de Medicare, debe continuar obteniendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continuar utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continuar usando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo para surtir sus recetas.**

- Si es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 *Community Health Choice (HMO D-SNP)* debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Community Health Choice (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si sucede cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Tendrá 90 días para recuperar el estado requerido de Medicaid. Después de 90 días, si no tiene el estado requerido de Medicaid o QMB solamente, QMB Plus o SLMB+, su membresía finalizará.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
 - Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (ir a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense o no está presente legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro, tendrá cobertura para medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una manera que sea perjudicial y nos dificulte brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare lo cancelará de nuestro plan.

¿Dónde se puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2	Nosotros <u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.
--------------------	---

Elección de salud comunitaria (HMO D-SNP) No está permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

Qué deberías hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare. al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.
--------------------	--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para cancelar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o presentar una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento *de Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Ubicación dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

La Sección 1557, la disposición contra la discriminación de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA), hace que sea ilegal que cualquier proveedor de atención médica que haya recibido fondos del gobierno federal se niegue a tratar a un individuo (o discrimine de otro modo al individuo) por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. La sección 1557 impone requisitos similares a los emisores de seguros médicos que reciben asistencia financiera federal. Los proveedores de atención médica y las aseguradoras tienen prohibido, entre otras cosas, excluir o tratar adversamente a una persona por cualquiera de estas bases prohibidas. La regla final de la Sección 1557 se aplica a los beneficiarios de asistencia financiera del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), los Mercados de Seguros Médicos y los programas de salud administrados por el HHS.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina local por los Derechos Civiles. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Community Health Choice (HMO D-SNP), como organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro Quirúrgico Ambulatorio – Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no excede las 24 horas.

Apelación : una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP) 001, solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** ni le cobren más del monto de costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Período de beneficios : la forma en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficio finaliza cuando usted no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de finalizar un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

Medicamento de marca : un medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y generalmente no están disponibles hasta que haya expirado la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura catastrófica : la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$8,000 . para medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No pagas nada .

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) : la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales de atención crónica: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

función de múltiples comorbilidades comunes y clínicamente agrupaciones de condiciones vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro : un monto que se le puede exigir que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles.

Queja : el nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja** . El proceso de queja se utiliza *sólo* para ciertos tipos de problemas . Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los plazos en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) – Una instalación que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago (o copago) : un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido : el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando servicios o medicamentos son recibidos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). Costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Determinación de cobertura – Una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Medicamentos cubiertos : término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos : el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cobertura acreditable de medicamentos recetados : cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cuidado de custodia : el cuidado de custodia es el cuidado personal brindado en un asilo de ancianos, un hospicio u otro establecimiento cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia, brindado por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Tarifa de costo compartido diario : se puede aplicar una tarifa de costo compartido diario cuando su médico le receta menos del suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días del suministro de un mes. A continuación se muestra un ejemplo: si su copago por el suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa diaria de costo compartido” es de \$1 por día.

Deducible – El monto que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Cancelar su inscripción o Cancelación de inscripción : el proceso de cancelar su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Planes de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad del individuo.

Individuo con doble elegibilidad : una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME) : cierto equipo médico que solicita su médico por motivos médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia – A Emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), pérdida de una extremidad, o pérdida de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia : servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación : este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción : un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de niveles). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda adicional : un programa estatal o de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico : un medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Queja formal : un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Asistente de atención médica domiciliaria : una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de una enfermera o terapeuta autorizada, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Hospicio – Un beneficio que brinda un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estancia hospitalaria para pacientes hospitalizados: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) : si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de cobertura inicial : el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial – Esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo para el año alcancen los \$5,030.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo durante el cual puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su Período de inscripción inicial es de 7 meses. período que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan institucional de necesidades especiales (SNP) : un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados y/o centros aprobados por CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los otros tipos de instalaciones nombrados. Un Plan institucional de Necesidades Especiales debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) las instalaciones específicas de LTC .

Plan de Necesidades Especiales Equivalente Institucional (SNP) : un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de atención institucional basado en la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse utilizando la misma

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectiva y administrada por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”) : una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS) : consulte “Ayuda adicional”.

Monto máximo de desembolso personal: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios cubiertos. servicios . Cantidades que paga por su Las primas del plan, las primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso. Si usted es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hacia el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.] (Nota: Debido a que nuestros miembros **también** reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este desembolso máximo).

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

Medicamento necesario : servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare : el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período de tiempo desde el 1 de enero hasta marzo. 31 cuando los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar la inscripción en su plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan Medicare Advantage (MA) : a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un i) HMO, ii) PPO, un iii) plan privado de pago por servicio (PFFS) o un iv) plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados** .

Plan de costos de Medicare : un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización de mantenimiento de la salud (HMO) o un Plan médico competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos según la sección 1876(h) de la Ley.]

Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare : un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que han alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no reciben “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare : servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como visión, odontología o audición que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare : un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar la Parte A y la Parte Beneficios B para personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes de costos de Medicare, planes de necesidades especiales, programas piloto/de demostración y programas de atención integral para personas mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare) : seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) : Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar “vacíos” en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o Miembro del Plan) : una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios para miembros : un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red : una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la organización : una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Medicare Original (Medicare Tradicional o Medicare de Pago por Servicio): Medicare Original lo ofrece el gobierno, y no un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debes pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red : una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red : un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propietarios ni operados por nuestro plan.

Costos de bolsillo : consulte la definición de costos compartidos anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costo de bolsillo del miembro.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan PACE : un plan PACE (Programa de atención integral para personas mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas frágiles para ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un asilo de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan .

Parte C: consulte el Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D : Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D : Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D : monto que se agrega a su prima mensual por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO) : un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. Los costos compartidos para los miembros generalmente serán mayores cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de bolsillo totales combinados para servicios tanto de la red (preferidos) como de fuera de la red (no preferidos).

De primera calidad – El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por medicamentos recetados o de salud. cobertura.

Proveedor de atención primaria] (PCP) : el médico u otro proveedor que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Previa autorización –Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

beneficios médicos en Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (QIO) : un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad : una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real : un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información sobre beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos del afiliado. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación : estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Vía de Servicio – Un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada que se brindan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Terapia escalonada : una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) – Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios que se necesitan con urgencia – Servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles o cuando el afiliado se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser necesarios de inmediato y médicamente necesarios.

Servicios para miembros de Community Health Choice (HMO D-SNP)

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAMAR	<p>(833) 276-8306 las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Community Health Choice HMO D-SNP está abierto del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos, su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.</p> <p>Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>Las llamadas al 711 a este número son gratuitas.</p> <p>Community Health Choice HMO D-SNP está abierto del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos, su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado.</p>
FAX	(713) 295-7041
ESCRIBIR	<p>Apartado postal 301413</p> <p>Houston, Texas 77230</p>
SITIO WEB	http://www.communityhealthchoice.org/Medicare

Programa Estatal de Seguro Médico para Texas: Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Método	Información del contacto
LLAMAR	(800) 252-9240
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) Apartado postal 149104 Austin, Texas 78714-9030
SITIO WEB	https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/index.html

Declaración de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control de la OMB válido para esta recolección de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

COMMUNITY HEALTH CHOICE (HMO D-SNP)
SEGMENTO 002-001

2024
EVIDENCIA DE
COBERTURA

**Para los condados de Austin, Matagorda,
Waller y Wharton**

CommunityHealthChoice.org/Medicare
833-276-8306 o 713-295-5007 (TTY 711)

**Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y
del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm**

