



MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS
MANUAL PARA MIEMBROS
E INFORMACIÓN DE DIVULGACIÓN 2026

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





NÚMEROS DE TELÉFONO **IMPORTANTES**

1-855-315-5386

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

713-295-6704

SERVICIOS PARA PROVEEDORES DE
ATENCIÓN MÉDICA
(Elegibilidad/Autorizaciones/Beneficios/
Reclamaciones)

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

7-1-1

Número TDD para personas con problemas de audición

1-800-835-2362

Teladoc

Los servicios de telesalud de Teladoc están disponibles para los miembros inscritos en todos los planes del mercado

1-833-955-1528

Línea de asesoramiento médico

1-866-333-2757

Farmacia (Navitus Health Solutions)

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

1-800-552-6694

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

[Ppsrx.com](https://www.Ppsrx.com) (pedido por correo
de Kroger)

1-844-293-1752

Visión (Evolve Vision)

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

1-855-539-5881

Servicios de salud conductual/Abuso de
sustancias

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

1-877-888-0002

Línea directa de Mala administración, fraude
o abuso

Escríbanos o venga a visitarnos a:
Community Health Choice
4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, TX 77081
www.CommunityHealthChoice.org

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

Bienvenido a Community Health Choice	4
Servicios cubiertos	5
Programa de valor añadido	6
Emergencias, atención médica fuera del horario de atención, proveedores fuera de la red y servicios fuera del área	8
Responsabilidades financieras	11
Limitaciones y lista de medicamentos preferidos	12
Autorización previa	14
Continuidad del cuidado	16
Derechos y responsabilidades de los miembros	16
Sus derechos con un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO)	17
Quejas y apelaciones de determinaciones adversas	18
Apelaciones	20
Proveedores de la red	22
Áreas de servicio del Mercado de Seguros Médicos	23
Aproveche sus beneficios	24, 25, 26, 27
Fraude y abuso	29
Aviso de prácticas de privacidad	29, 30, 31
Definiciones de la cobertura de salud	32
Preguntas frecuentes	33
Encuesta de satisfacción de los miembros	34
Muchas gracias	34
Asistencia con el idioma	35



BIENVENIDO A COMMUNITY HEALTH CHOICE

Gracias por elegir a Community Health Choice (Community).

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

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

Manual para miembros

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

Evidencia de cobertura

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

Resumen de beneficios y cobertura

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

Servicios para Miembros

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

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

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

- comprender sus beneficios;
- elegir o cambiar de proveedor de atención primaria;
- encontrar un especialista;
- enviarle una nueva tarjeta de identificación de miembro;
- resolver quejas o problemas.

Evaluación de nuevas tecnologías

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

Decisiones de administración de utilización

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

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

Mejora de la calidad

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

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

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

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

¿Mi cobertura incluye a los hospitales?

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

Servicios de farmacia

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

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

Cobertura de medicamentos con receta

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

Una copia de esta lista se encuentra disponible en línea en www.CommunityHealthChoice.org. Puede solicitar una copia a nuestro Departamento de Servicios para Miembros por teléfono al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386, o por correo electrónico a MemberServices@CommunityHealthChoice.org.

Visión

Los miembros del Mercado de Seguros Médicos de 18 años o menos son elegibles para recibir un examen oftalmológico y anteojos correctores.

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

Salud conductual

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

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

¿NECESITO UNA REFERENCIA PARA ESTO?

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

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

Agotamiento de los beneficios

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

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

www.healthcarebluebook.com

www.webmd.com



PROGRAMA DE VALOR AÑADIDO

Servicios de telesalud

Community Health Choice ofrece servicios a través de un proveedor de telesalud a todos los miembros del Mercado de Seguros Médicos.

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

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

CUÁNDO DEBE UTILIZAR LOS SERVICIOS DE TELESALUD:

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

Programa de administración de cuidado

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

¡Tome el control de su salud! Para saber si tiene algún problema de salud potencial, realice nuestra Evaluación de riesgos para la salud en línea en www.CommunityHealthChoice.org. Analizaremos los resultados y, si detectamos que existen posibles problemas, nos pondremos en contacto con usted. Recuerde compartir los resultados con su médico.





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

¿Qué es una emergencia o el cuidado de emergencia? ¿En cuánto tiempo puedo esperar que me atiendan? _____

Una afección médica de emergencia implica que tiene síntomas graves y repentinos que podrían poner en peligro su vida o su salud si no recibe ayuda de inmediato. Para las mujeres embarazadas, se incluyen enfermedades o lesiones de tal naturaleza que, la falta de atención médica inmediata podría poner en grave peligro la salud del feto.

Si necesita cuidado de emergencia:

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

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

¿Qué es el cuidado urgente? ¿En cuánto tiempo puedo esperar que me atiendan? _____

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

Un problema urgente ocurre cuando está enfermo o herido y necesita ser tratado de inmediato para no empeorar. Si su problema es urgente (pero no es una emergencia), visite a su PCP. Si tiene un problema urgente, lo cual incluye atención especializada de urgencia, debe esperar ser atendido dentro de las 24 horas. Siga estos pasos para obtener servicios fuera del horario de atención o cuidado urgente:

- 1 Comuníquese con su PCP, su reemplazo o con el servicio de mensajería de guardia.
- 2 Si su PCP no está disponible, vaya al centro de atención de urgencias que sea un proveedor de la red. Consulte nuestro directorio de proveedores de la red en línea en www.CommunityHealthChoice.org.

Consulte el directorio en línea antes de obtener algún servicio para asegurarse de que el proveedor aún figure en nuestra red. Si no puede acceder a nuestro directorio en línea, comuníquese con los Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386 o por correo electrónico a MemberServices@CommunityHealthChoice.org.

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

¿Cómo obtengo atención médica si el consultorio de mi proveedor de atención primaria está cerrado? _____

- Comuníquese con su PCP, su reemplazo o con el servicio de mensajería de guardia.
- Llame a nuestra línea gratuita de Asesoramiento Médico al 1-833-955-1528. Nuestros enfermeros pueden ayudarle a recibir la atención médica adecuada para su problema de salud. Ante una emergencia, llame al 9-1-1 o acuda a la sala de emergencias más cercana.
- Llame a los servicios de telesalud de Teladoc si es elegible. Community Health Choice ofrece servicios de telesalud a todos sus miembros del Mercado de Seguros Médicos. Llame sin cargo al 1-800-835-2362. Los servicios de telesalud le brindan acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año a una atención médica de calidad vía telefónica, sin costo alguno para usted. Estos médicos certificados por el Consejo cuentan con licencia del estado de Texas y tienen un promedio de 15 años de experiencia práctica en la atención de pacientes adultos y pediátricos. En la sección “Servicios de valor añadido” de este manual, podrá obtener más información acerca de los servicios de telesalud.

¿Qué es la atención médica de rutina? ¿En cuánto tiempo puedo esperar que me atiendan? _____

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

Cómo utilizar un proveedor fuera de la red _____

Community le proporciona el uso de proveedores fuera de la red si los servicios cubiertos no están disponibles a través de los proveedores de nuestra red.

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

No todos los profesionales de atención médica que proporcionan servicios en hospitales de la red son proveedores de la red. Si los servicios son provistos por proveedores fuera de la red, los cuales incluyen, entre otros, patólogos, anestesiólogos, radiólogos y médicos de la sala de emergencias de un hospital de la red, pagaremos por esos servicios a la tarifa habitual o a una tarifa convenida. También pagaremos por los servicios de laboratorio y de imágenes de diagnóstico fuera de la red que se brinden en relación con los servicios proporcionados por un proveedor dentro de la red a una tarifa habitual o convenida.

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

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

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

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

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

Puede obtener un directorio actualizado de los proveedores de la red en www.CommunityHealthChoice.org. Nuestro directorio en línea se actualiza todas las semanas. Si no tiene acceso a nuestro directorio en línea, comuníquese con Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386 o por correo electrónico a MemberServices@CommunityHealthChoice.org. Si se basó en información del directorio materialmente inexacta, puede tener derecho a recibir el pago de una reclamación correspondiente a un proveedor fuera de la red como si este formara parte de la red. En ese caso, debe presentarnos una copia de la información inexacta contenida en el directorio, cuya fecha de vigencia debe encuadrarse dentro de los treinta (30) días anteriores a que recibiera el servicio.

¿Qué sucede si me enfermo y estoy fuera del área de servicio? _____

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

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

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

¿Qué hago si recibo una factura por servicios recibidos fuera del área de servicio? _____

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

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

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

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

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

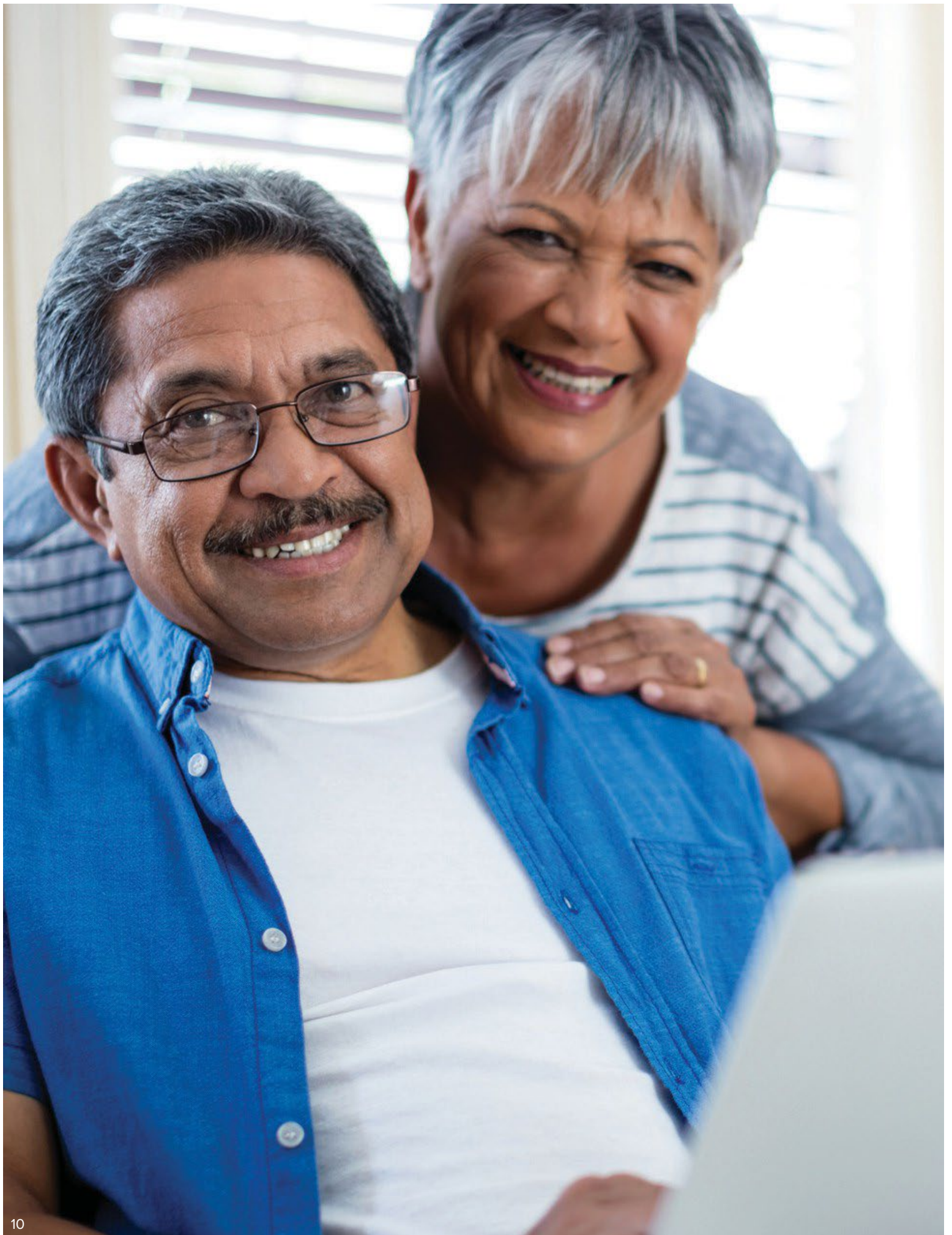
1. Comprobante del viaje fuera de los Estados Unidos, como los pasajes de avión o los sellos en el pasaporte.
2. Una explicación relativa a la atención médica recibida fuera de los Estados Unidos.

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

¿Qué debo hacer si me mudo? _____

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

Para obtener más información, lea la sección "Renovación y finalización" en la Evidencia de cobertura.



Pago de primas

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

POR EJEMPLO:

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

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

- Pago telefónico con tarjeta de crédito
- Pago electrónico a través de My Member Account de Community Health Choice
- Un cheque o giro postal enviado directamente a Community Health Choice

PLANES PREMIERE Y SELECT:

LOS CHEQUES O GIROS POSTALES DEBEN SER PAGADEROS Y ENVIADOS POR CORREO A:

COMMUNITY HEALTH CHOICE

P.O. Box 844124

Dallas, TX 75284-4124

PLANES ULTRA SELECT:

LOS CHEQUES O GIROS POSTALES DEBEN SER PAGADEROS Y ENVIADOS POR CORREO A:

COMMUNITY HEALTH CHOICE

P.O. Box 411925

Boston, MA 02241-1925

¿Qué sucede si no pago mi prima puntualmente?

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

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

Deducibles y copagos

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

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

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

Uso de proveedores de la red

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



LIMITACIONES Y LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS

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

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

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

Exclusiones o limitaciones generales:

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

Exclusiones o limitaciones de los medicamentos con receta

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

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

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

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

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

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





AUTORIZACIÓN PREVIA

Autorización previa

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

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

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

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

Emitiremos una determinación sobre una solicitud de autorización previa en un plazo máximo de tres (3) días calendario después de la recepción de la solicitud. Si la autorización previa involucra atención médica en un hospital en forma concurrente, emitiremos una determinación dentro de las veinticuatro (24) horas después de haber recibido la solicitud. Si la autorización previa involucra tratamiento de posestabilización o una afección potencialmente mortal, emitiremos una determinación dentro del plazo correspondiente a las circunstancias relacionadas con la prestación de servicios y las condiciones del afiliado, pero en ningún caso se excederá una hora a partir de haber recibido la solicitud.

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

Por favor lea toda la información sobre autorizaciones previas incluida en la Evidencia de cobertura. Está disponible en línea en www.CommunityHealthChoice.org. Si lo solicita, le enviaremos una copia por correo. Comuníquese con Servicios para Miembros de Community al 713-295-6704, sin cargo al 1-855-315-5386 o por correo electrónico a MemberServices@CommunityHealthChoice.org.





CONTINUIDAD DEL CUIDADO

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

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

LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO NO ESTÁ DISPONIBLE:

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

- 2 90 días después de la fecha en que ha finalizado el contrato del proveedor; o
- 3 una vez vencido el período de nueve meses después de la fecha en que finalizó el contrato del proveedor, si el miembro fue diagnosticado con una enfermedad terminal en el momento de finalización del contrato.

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



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS

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

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

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

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



SUS DERECHOS CON UN PLAN DE ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HMO)

AVISO DEL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS

Su plan

Su plan HMO contrata médicos, instalaciones y otros proveedores de atención médica para la atención de sus miembros. Los proveedores que tienen contrato con su plan de salud se denominan “proveedores contratados” (también conocidos como “proveedores dentro de la red”). Los proveedores contratados forman la red de un plan. Su plan solo pagará la atención médica que reciba de médicos e instalaciones de su red.

Sin embargo, existen algunas excepciones, incluidas las emergencias, cuando usted no eligió al médico y los servicios de ambulancia.

La red de su plan

Su plan de salud debe tener suficientes médicos e instalaciones dentro de su red para brindar todos los servicios que cubre el plan. No debería tener que viajar muy lejos ni esperar demasiado tiempo para recibir atención médica. Esto se denomina “adecuación de la red”. Si no puede encontrar la atención que necesita, solicite ayuda a su plan de salud. Usted tiene derecho a recibir la atención que necesita según su beneficio dentro de la red.

Si cree que la red no es adecuada, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas en www.tdi.texas.gov o puede llamar al 800-252-3439.

Lista de médicos

Puede obtener un directorio de proveedores de atención médica que están dentro de la red de su plan.

Puede consultar el directorio en línea en www.CommunityHealthChoice.org o puede llamar al 713-295-6704 o a la línea gratuita 1-855-315-5386.

Si utilizó el directorio de su plan de salud para elegir un proveedor de atención médica dentro de la red y resulta que está fuera de la red, es posible que no tenga que pagar el costo adicional que cobran los proveedores fuera de la red.

Facturas de atención médica

Si recibió atención médica de un médico fuera de la red cuando estuvo en un centro dentro de la red y no eligió al médico, no tendrá que pagar más que su copago, coseguro y deducible habituales. Las protecciones también se aplican si recibió atención de emergencia en un centro fuera de la red, análisis de laboratorio o imágenes en relación con la atención dentro de la red.

A partir del 1 de enero de 2022, la Ley No Sorpresas prohíbe la facturación por sorpresa a los consumidores con lo siguiente:

- 1 servicios de emergencia fuera de la red, incluidos los servicios de ambulancia aérea (pero no los de ambulancia terrestre); y
- 2 servicios que no son de emergencia dentro de la red prestados en determinadas circunstancias.

Si recibe una factura por un monto mayor al esperado, comuníquese con su plan de salud. Obtenga más información sobre cómo estar protegido contra facturas médicas inesperadas en tdi.texas.gov.



QUEJAS Y APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS

Quejas

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

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

Community Health Choice Service Improvement Team
(Equipo de Mejora de Servicios de Community Health Choice)
4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, TX 77081

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

Si su queja se refiere a una emergencia o una denegación de continuar la internación en el hospital, se resolverá en no más de un (1) día hábil después de recibir la queja. La investigación y la resolución se llevarán a cabo de conformidad con la urgencia dental o médica del caso. Community proporcionará una revisión de un médico que:

- no haya evaluado previamente el caso; y
- tenga la misma especialidad (o una similar) que el médico o proveedor de cuidado de la salud que normalmente manejaría la condición, el procedimiento o tratamiento médicos en evaluación.

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

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

- Nuestro personal
- Proveedores de atención médica
- Miembros

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

Recibirá una carta de confirmación dentro de los cinco (5) días hábiles después de recibir su solicitud por escrito para un CAP. Antes de los cinco (5) días hábiles antes de que el CAP se reúna, a menos que se acuerde de otro modo, le entregaremos a usted o a su representante lo siguiente:

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

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

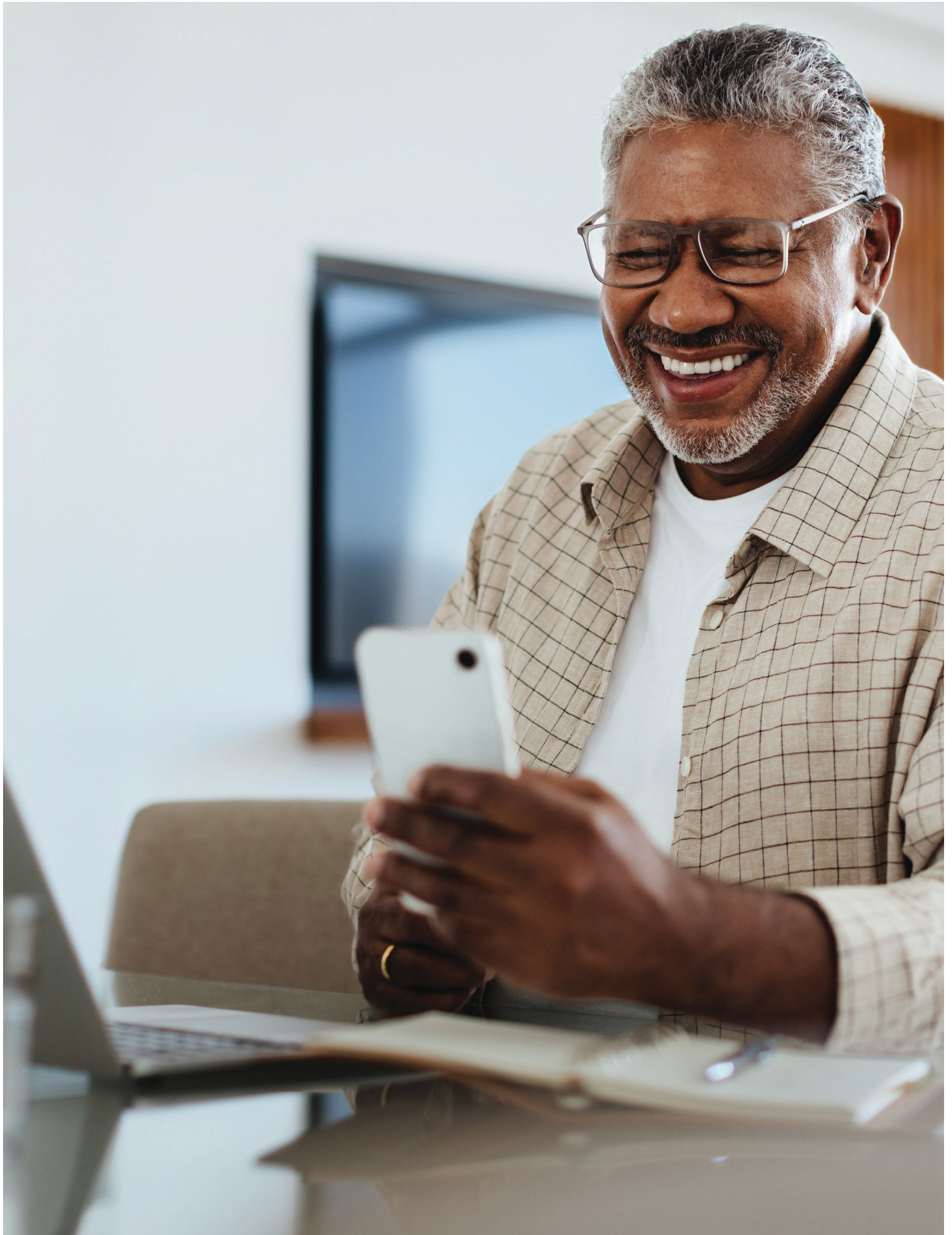
- reunirse en persona con el CAP;
- presentar otros testimonios de expertos ante el CAP; y
- pedir que cualquier persona involucrada en la toma de las decisiones que provocó la queja esté presente en la reunión para hacerle preguntas.

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

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

Texas Department of Insurance Consumer Protection
(Defensa del consumidor, Departamento de Seguros de Texas)
P.O. Box 12030
Austin, TX 78711-2030
Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov

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





APELACIONES

Apelaciones

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

Community Health Choice
Para la atención de: Medical Affairs- Appeals (Asuntos Médicos - Apelaciones)
4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, TX 77081
713-295-6704 o 1-855-315-5386
O envíelo por fax a: 713-295-7033. Para la atención de: Appeals Coordinator

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

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

Community Health Choice
Para la atención de: Behavioral Health Appeals
P.O. Box 301411
Houston, TX 77230
Fax: 713-576-0934 (Solicitudes de apelación estándar)
Fax: 713-576-0935 (Solicitudes de apelación acelerada)

Durante el proceso de apelación

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

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

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

Respuesta a una apelación estándar

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

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

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

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

Proceso de apelación acelerada

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

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

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

Revisión externa independiente— Apelaciones

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

Respuesta a una apelación de medicamentos de farmacia estándar

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

LA RESPUESTA POR ESCRITO INCLUIRÁ LO SIGUIENTE:

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

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

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

Proceso de apelación de farmacia acelerada _____

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

Revisión externa independiente. Apelaciones de farmacia

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

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

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

Determinaciones adversas retrospectivas __

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

Quejas sobre determinaciones adversas

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

Texas Department of Insurance Consumer Protection
Section (MC 111-1A)
P.O. Box 12030 Austin, TX 78711-2030
Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov
1-800-252-3439



PROVEEDORES DE LA RED

Búsqueda de un proveedor de nuestra red

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

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

Cómo utilizar un proveedor de nuestra red

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

Consulta de un especialista

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

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

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

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

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

Requerimos autorización previa para determinados servicios. Visite nuestro sitio web en www.CommunityHealthChoice.org o llame al número telefónico de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación de miembro para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.

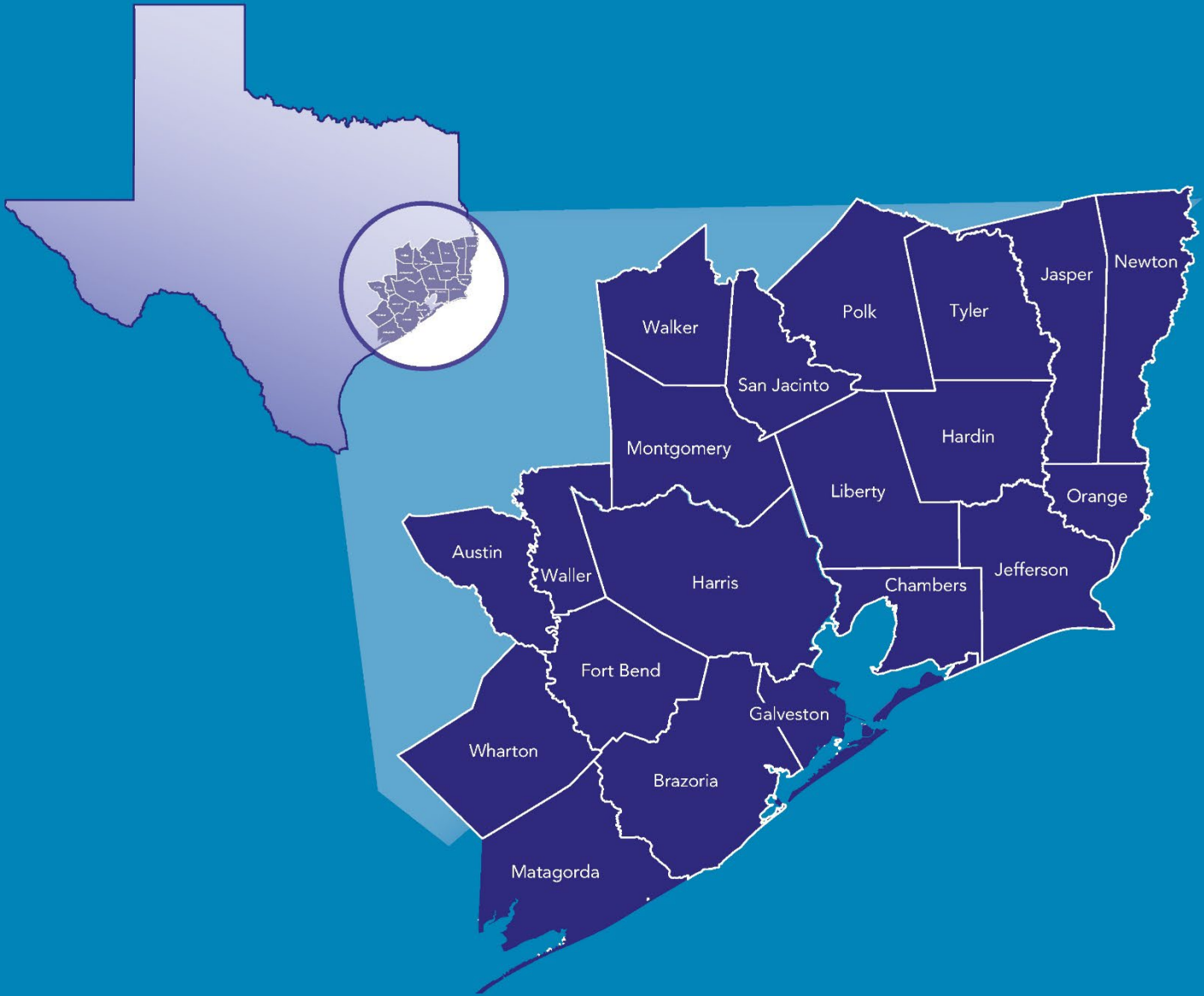
¿Qué significa “médicamente necesario”?

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

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



ÁREAS DE SERVICIO DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS





APROVECHE SUS BENEFICIOS

Información de beneficios

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

Creación de una cuenta de miembro

Para crear una cuenta de miembro:

- Visite www.CommunityHealthChoice.org
- Haga clic en "Member Login" (Inicio de sesión de miembro)
- Seleccione "Health Insurance Marketplace" (Mercado de Seguros Médicos) como producto
- Haga clic en "Create an Online Account" (Crear una cuenta en línea)
- Ingrese su información de miembro

SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE COMMUNITY CARE

Plan del Mercado de Seguros Médicos

1 ID del miembro: 2 Nombre del plan: 3 Fecha de vigencia: 4 Proveedor asignado: 5 Deducibles: 6 Máximo de gastos de bolsillo: 7 Cita dentro de la red luego de alcanzar deducible: 8 Costo de la receta después de alcanzar el deducible: 9 Farmacia: Navitus Health Solutions BIN: PCN: RXGroup: QHP TDI

10 Enviar reclamaciones a: Community Health Choice, P.O. Box 301424, Houston, TX 77230
Reclamaciones electrónicas: ID del pagador 60495

Para obtener más información sobre su plan, inicie sesión en su cuenta de miembro en CommunityHealthChoice.org.

Teléfonos útiles

Community Health Choice: 713-295-6704 o 1-855-315-5386 (llamadas sin cargo)
Farmacia: 1-866-333-2757

Hable con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana: 1-800-835-2362
Salud conductual: 1-855-539-5881

Línea directa de enfermería: 1-833-955-1528

NAVITUS HEALTH SOLUTIONS

Plan de red limitada Ultra

1 ID del miembro: 2 Nombre del plan: 3 Fecha de vigencia: 4 Proveedor asignado: 5 Deducibles: 6 Máximo de gastos de bolsillo: 7 Cita dentro de la red luego de alcanzar deducible: 8 Costo de la receta después de alcanzar el deducible: 9 Farmacia: Navitus Health Solutions BIN: PCN: RXGroup: QHP TDI

10 Enviar reclamaciones a: Community Health Choice, P.O. Box 301424, Houston, TX 77230
Reclamaciones electrónicas: ID del pagador 60495

Para obtener más información sobre su plan, inicie sesión en su cuenta de miembro en CommunityHealthChoice.org.

Teléfonos útiles

Community Health Choice: 713-295-6704 o 1-855-315-5386 (llamadas sin cargo)
Farmacia: 1-866-333-2757

Hable con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana: 1-800-835-2362
Salud conductual: 1-855-539-5881

Línea directa de enfermería: 1-833-955-1528

NAVITUS HEALTH SOLUTIONS


- 1 ID DEL MIEMBRO**
Su identificador exclusivo. Use este número de identificación en todas sus reclamaciones y consultas. Este también es el número utilizado para crear su cuenta "My Member Account" (Mi cuenta de miembro).
- 2 NOMBRE DEL PLAN**
Este es el plan que seleccionó.
- 3 FECHA DE VIGENCIA**
La fecha en que comienza la cobertura.
- 4 PROVEEDOR ASIGNADO**
Nombre de su proveedor de atención primaria. Usted puede cambiar su proveedor en cualquier momento a través de su cuenta My Member Account. Usted debe elegir un proveedor dentro de nuestra red.

- 5 DEDUCIBLE**
El monto que usted debe pagar por los gastos de atención médica antes de que el seguro cubra los costos.
- 6 MONTO (MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO)**
El límite de los gastos anuales de bolsillo que pagará por servicios médicos cubiertos por su plan de seguro. Una vez que alcance el MOOP, no pagará ningún costo compartido adicional por servicios médicos hasta el próximo año del plan.

- 7 COSTO COMPARTIDO**
Los costos compartidos cubiertos por su aseguradora que paga de su bolsillo.
- 8 COSTO DE LA RECETA**
El monto que usted debe pagar por los medicamentos.
- 9**
Su farmacéutico usará esta información para procesar su receta.
- 10**
Su proveedor usará esta información para procesar su reclamación.

Tarjeta de identificación de miembro del Mercado de Seguros Médicos

Siempre que reciba servicios médicos, lleve su tarjeta de identificación.



Plan del Mercado de Seguros Médicos

Miembro: ID del miembro:
 Nombre del plan:
 Fecha de vigencia:
 Proveedor asignado:

Deducibles **MOOP**


		Cita dentro de la red después de alcanzar el deducible	Costo de la receta después de alcanzar el deducible
Ind:	Ind:	PCP:	Medicamentos genéricos:
Fam:	Fam:	Especialista:	Preferido:
		Cuidado urgente:	No preferido:
		Sala de emergencias de hospital:	Especialidad:

No hay costo alguno por el cuidado de la salud preventivo. * No se aplica el deducible.
 Farmacia: Navitus Health Solutions BIN: PCN: RXGroup: QHP TDI


Cómo usar sus beneficios


- Muestre esta tarjeta cuando reciba atención médica.
- Pague el 100% de su atención hasta que alcance su deducible. De allí en adelante, debe pagar un copago o coseguro correspondiente en el momento de recibir el servicio.
- Algunos servicios requieren autorización previa consulte su plan para saber si al suyo le corresponde.
- En caso de una emergencia médica, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

Enviar reclamaciones a: Community Health Choice, P.O. Box 301424, Houston, TX 77230
 Reclamaciones electrónicas: ID del pagador 60495

 Para obtener más información sobre su plan, inicie sesión en su cuenta de miembro en CommunityHealthChoice.org.

Teléfonos útiles

Community Health Choice 713-295-6704 o 1-855-315-5386 (llamadas sin cargo)	Hable con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana 1-800-835-2362	Línea directa de enfermería 1-833-955-1528
Farmacia: 1-866-333-2757	Salud conductual 1-855-539-5881	



Miembro:
 ID del miembro:
 Nombre del plan:
 Fecha de vigencia:
 Proveedor asignado:

Deducibles **MOOP**


		Visita dentro de la red	Costo de la receta
Ind:	Ind:	PCP:	Medicamentos genéricos:
Fam:	Fam:	Especialista:	Preferido:
		Cuidado urgente:	No preferido:
		Sala de emergencias de hospital:	Especialidad:

No hay costo alguno por el cuidado de la salud preventivo.
 Farmacia: Navitus Health Solutions BIN: PCN: RXGroup: QHP TDI


Cómo usar sus beneficios

- Muestre esta tarjeta cuando reciba atención médica.
- Pague un copago establecido en el momento de recibir el servicio.
- Algunos servicios requieren autorización previa consulte su plan para saber si al suyo le corresponde.
- En caso de una emergencia médica, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

Enviar reclamaciones a: Community Health Choice, P.O. Box 301424, Houston, TX 77230
 Reclamaciones electrónicas: ID del pagador 60495

 Para obtener más información sobre su plan, inicie sesión en su cuenta de miembro en CommunityHealthChoice.org.

Teléfonos útiles

Community Health Choice 713-295-6704 o 1-855-315-5386 (llamadas sin cargo)	Hable con un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana 1-800-835-2362	Línea directa de enfermería 1-833-955-1528
Farmacia: 1-866-333-2757	Salud conductual 1-855-539-5881	

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

Elección de su proveedor de atención primaria

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

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

Le ofrecemos numerosas opciones para seleccionar los servicios de un PCP.

Los siguientes tipos de médicos y proveedores pueden actuar de PCP:

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

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

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

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



APROVECHE SUS BENEFICIOS

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

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

Cambio de su proveedor de atención primaria

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

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

Recibir cuidado médico

Cuando vaya a recibir atención médica:

- Presente su tarjeta de identificación de miembro
- Lleve un bolígrafo y anotador para escribir todas sus dudas e inquietudes y así poder abordarlas al mismo tiempo; haga preguntas y tome nota
- Entregue a su PCP una lista de todos los medicamentos, vitaminas y suplementos que esté tomando
- Proporcione su historia médica (incluidos sus antecedentes familiares) y mencione todas las alergias que tiene
- Aborde cualquier problema de salud o síntomas que esté experimentando

Preguntas para hacer a su proveedor de atención médica

Hacer preguntas y proporcionar información a su médico puede mejorar su cuidado.

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

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

Búsqueda de un proveedor de nuestra red

Busque en nuestro directorio de proveedores de la red en línea en www.CommunityHealthChoice.org. Nuestro directorio en línea se actualiza en tiempo real. Consulte el directorio en línea antes de obtener algún servicio para asegurarse de que el proveedor aún figure en nuestra red.

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

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

Cómo utilizar un proveedor de nuestra red

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

Consulta de un especialista _____

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

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

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

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

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

Requerimos autorización previa para determinados servicios. Visite nuestro sitio web en www.CommunityHealthChoice.org o llame al número telefónico de Servicios para Miembros que figura en su tarjeta de identificación de miembro para obtener una lista de los servicios que requieren autorización previa.

¿Qué significa “Médicamente Necesario”? _____

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

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





FRAUDE Y ABUSO

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

Community Health Choice Special Investigations Unit
(Unidad de Investigaciones Especiales de Community Health Choice)
4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, TX 77081
1-877-888-0002
siu@communityhealthchoice.org

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

Cuando denuncie a un proveedor (p. ej., médico, dentista, asesor, etc.), tenga a mano la información siguiente:

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

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

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



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

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

Nuestra responsabilidad hacia usted respecto de la información protegida sobre la salud

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

POR LEY, COMMUNITY DEBE CUMPLIR CON LO SIGUIENTE:

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

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

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



Cómo Community puede utilizar o divulgar su información protegida sobre la salud sin su autorización

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

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

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

OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA. Podemos utilizar o compartir su PHI/SPI en nuestras actividades diarias. Por ejemplo, con los siguientes fines:

- Llamarlo o recordarle su cita.
- Realizar u organizar otras actividades de atención médica
- Enviarle un boletín informativo
- Enviarle noticias sobre productos o servicios que puedan beneficiarlo.
- Brindarle información acerca de opciones de tratamiento y otros beneficios.

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

REQUERIDO POR LA LEY. Según la ley, en ocasiones debemos usar o compartir su PHI/SPI. Estos son algunos ejemplos de casos en los que las autoridades de salud pública necesitan esta información:

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

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

ORGANISMOS DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD Y ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDICAMENTOS

ADMINISTRACIÓN. Compartiremos su PHI/SPI cuando los organismos de supervisión de la salud lo dispongan.

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

APLICACIÓN DE LA LEY Y ACTIVIDAD DELICTIVA.

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

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

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

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

INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO.

Compartiremos su PHI/SPI para cumplir con las leyes de indemnización por accidentes de trabajo y programas similares.

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

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

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

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

RESTRICCIONES DE MARKETING: La ley HITECH no le permite a Community recibir dinero para comunicaciones de marketing.

OTRAS LEYES QUE PROTEGEN LA INFORMACIÓN DE SALUD.

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



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

Sus derechos de privacidad respecto de la información sobre su salud

DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR SU INFORMACIÓN DE SALUD.

En la mayoría de los casos, usted tiene derecho a ver su PHI/SPI. Puede obtener una copia impresa del expediente que tenemos sobre usted. También se lo podemos enviar de forma electrónica. Es posible que se cobre un cargo por copiarlo y enviarlo por correo.

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

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

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

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

Si usted paga la totalidad de un artículo o servicio, puede pedirle a un proveedor que no comparta su PHI/SPI con Community con fines de pago u operaciones. Estos son los motivos principales por los que la necesitaríamos. Esto no se aplica si necesitamos su PHI/SPI con fines de tratamiento.

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

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

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

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

DERECHO A RECIBIR NOTIFICACIÓN SOBRE UN ACCESO NO AUTORIZADO. Se le informará si descubrimos que se produjo un acceso no autorizado en su PHI/SPI no asegurada. Este acceso no autorizado puede provenir de Community o de uno de sus socios comerciales.

Leyes federales de privacidad

Este Aviso de Prácticas de Privacidad se le entrega como parte de HIPAA.

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

Quejas

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

Autorización para usar o divulgar información de salud

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

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

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

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta o queja, envíela a la siguiente dirección:

Community Health Choice
Special Investigations Unit (Unidad de investigaciones especiales)
4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, TX 77081
1-877-888-0002

U.S. Department of Health and Human Services
(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.)
Office for Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-877-696-6775
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

Para obtener más información: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html



DEFINICIONES DE LA COBERTURA DE SALUD

Copago

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

Deducible

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

Lista de medicamentos cubiertos

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

HMO

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

En la red

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

Monto máximo de gastos de bolsillo

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

Proveedor de atención primaria

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

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

Autorización previa

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

Referencia

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

Especialista

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

- Cardiólogos
- Dermatólogos
- Cirujanos

Terapia escalonada

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



PREGUNTAS FRECUENTES

¿Solo puedo inscribirme durante la inscripción abierta?

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

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

¿Cómo se calcula la edad?

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

¿Existen limitaciones para condiciones preexistentes?

No, no hay limitaciones para condiciones preexistentes.

¿Cómo localizo proveedores y centros de la red?

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

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

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

¿Qué es una lista de medicamentos cubiertos?

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Cómo hago un pago?

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

¿Puedo cancelar mi cobertura en cualquier momento?

Puede cancelar su cobertura cuando tiene un evento que califica o la cobertura se cancela de forma automática por falta de pago una vez terminado el período de gracia.

¿Puedo cambiar de planes en cualquier momento?

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

¿Cuándo debo presentar una reclamación?

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

¿Cómo puedo verificar el estado de la reclamación?

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

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS MIEMBROS

Todos los años, Community llevará a cabo una encuesta de satisfacción de los miembros para solicitar y responder a las sugerencias de los miembros acerca de cómo Community puede brindarles un mejor servicio. El Comité de Mejora de la Calidad de Community evalúa los resultados de la encuesta de satisfacción de los miembros y se informan a la Junta de Directores. Los resultados de la encuesta de satisfacción de los miembros están disponibles para aquellos miembros que los soliciten.

MUCHAS GRACIAS

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



ASISTENCIA CON EL IDIOMA

La ley federal exige a Community Health Choice proporcionar la siguiente información.



DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN (MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS)

La discriminación está prohibida por la ley

Community Health Choice cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Community Health Choice

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos en distintos idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Community Health Choice también forma al personal para que sea consciente de las diferencias culturales en los estilos de comunicación, el lenguaje corporal y los procesos de toma de decisiones.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-315-5386 o TDD/TTY 711.

Si considera que Community Health Choice no le ha provisto estos servicios o que ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Community Health Choice

Para la atención de: Service Improvement Department
4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, Texas 77081

Teléfono: 1-855-315-5386 TDD/TTY 711

Fax: 713-295-7036

Correo electrónico: ServiceImprovement@CommunityHealthChoice.org

Usted puede presentar una queja en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al 713-295-6704 o envíe un correo electrónico a MemberServices@CommunityHealthChoice.org.

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

U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.)

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

<p>Arabic العربية</p> <p>تامدخ نإف ؁ ةغلل ركذا شحتت تنك اذا : قظوح لم لصتا . ن اجم اب كل رفاوتت ةيوجلل ا قدعاسملا مقرب 1.855.315.5386.</p>	<p>Korean</p> <p>주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1.855.315.5386번으로 전화해 주십시오</p>
<p>Chinese</p> <p>注意：如果 使用繁體中文， 可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.855.315.5386</p>	<p>Lao</p> <p>ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ ທ່ານ. ໂທ 1.855.315.5386.</p>
<p>English</p> <p>ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.855.315.5386.</p>	<p>Persian</p> <p>،دی نک یم وگتفگ ی سراف نابز هب رگا : هجوت مهارف امش یارب ناگیار تروصب ینابز تالی هس ت دیری گب سامت 1.855.315.5386 اب . دشاب یم</p>
<p>French</p> <p>ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez 1.855.315.5386.</p>	<p>Russian</p> <p>ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1.855.315.5386.</p>
<p>German</p> <p>ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1.855.315.5386.</p>	<p>Spanish</p> <p>ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.855.315.5386.</p>
<p>Gujarati</p> <p>સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો ન:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1.855.315.5386.</p>	<p>Tagalog</p> <p>PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1.855.315.5386.</p>
<p>Hindi</p> <p>ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1.855.315.5386 पर कॉल करें।</p>	<p>Urdu</p> <p>دست ،ں ے بتل وب وراپ آرگ ا: برادر بخ تامدخ یم ک دوم یم ک ن اب زوک پ آ ں یرکل اک - ں ے ب ای ت کس و ں یم ت فم 1.855.315.5386.</p>
<p>Japanese</p> <p>注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1.855.315.5386まで、お電話にてご連絡ください。</p>	<p>Vietnamese</p> <p>CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1.855.315.5386.</p>

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

