

2026 EVIDENCIA DE COBERTURA

**Para los siguientes condados de Texas:
Chambers, Hardin, Jasper, Jefferson,
Liberty, Newton, Orange, Polk, San Jacinto,
Tyler y Walker.**

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

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

1 de enero – 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos como miembro de Community DualCare Access (HMO D-SNP)

Este documento detalla su cobertura médica y de medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Úselo para comprender:

- Nuestra prima del plan y costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una reclamación si no estás satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros en 1-833-276-8306 . (Usuarios de TTY: 711). El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m . Esta llamada es gratuita.

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

Este documento está disponible gratuitamente en español. Community Health Choice Texas, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como intérpretes cualificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

H9826_EL_10615_091725_C

CAPÍTULO 1: Comienza como miembro		5
SECCIÓN 1	Usted es miembro de Community DualCare Access (HMO D-SNP)	5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes para miembros	8
SECCIÓN 4	Resumen de costos importantes	10
SECCIÓN 5	Más información sobre la prima mensual de su plan	17
SECCIÓN 6	Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan	17
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos		20
SECCIÓN 1	Contactos de Community DualCare Access (HMO D-SNP)	20
SECCIÓN 2	Obtenga ayuda de Medicare	23
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)	24
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)	25
SECCIÓN 5	Seguridad Social	26
SECCIÓN 6	Medicaid	26
SECCIÓN 7	Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados	28
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB)	33
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos		34
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	34
SECCIÓN 2	Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	36
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	41
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos ?	44
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	44
SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención médica no médica	46
SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos	47

Tabla de contenido

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos	134
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos	134
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió.....	137
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.....	137
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades	139
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	139
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	146
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	148
SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud	148
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada	149
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema?	150
SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....	151
SECCIÓN 5 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones	151
SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	155
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	163
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto	175
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto	180
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5	184
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	188
SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.....	191
CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan	192
SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan	192
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	192

Tabla de contenido

SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	196
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.....	197
SECCIÓN 5	Community DualCare Access (HMO D-SNP) debe finalizar nuestra membresía del plan en determinadas situaciones	198
CAPÍTULO 11: Avisos legales		200
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	200
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	200
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	201
CAPÍTULO 12: Definiciones		202

CAPÍTULO 1:

Comienza como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Community DualCare Access (HMO D-SNP)

Sección 1.1 Está inscrito en Community DualCare Access (HMO D-SNP) , que es un plan de necesidades especiales de Medicare.

Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

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

Ha elegido obtener su cobertura de atención médica y medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, Community DualCare Access (HMO D-SNP) . Nuestro plan cubre todos los servicios de las Partes A y B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en nuestro plan difieren de los de Medicare Original.

Community DualCare Access (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Community DualCare Access (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Dado que recibe ayuda de Medicaid con los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de Medicare. Medicaid también puede ofrecer otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que normalmente no cubre Medicare. También recibirá Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. Community DualCare Access (HMO

Capítulo 1 Comience como miembro

D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para que reciba los servicios de salud y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

Acceso a atención dual comunitaria (HMO D-SNP) Es administrado por una organización sin fines de lucro . Al igual que todos los Planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Texas para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle cobertura de Medicare, incluyendo la de medicamentos .

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Community DualCare Access (HMO D-SNP) cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario) y cualquier notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afecten. Estas notificaciones a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas* .

El contrato estará vigente durante los meses que esté inscrito en Community DualCare Access (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de Community DualCare Access (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHS) deben aprobar Community DualCare Access (HMO D-SNP) . Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan , siempre y cuando decidamos seguir ofreciéndolo, así como Medicare y la HHS. renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare

Capítulo 1 Comience como miembro

- Usted reside en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3). Las personas encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero se espera razonablemente que la recupere en un plazo de 6 meses, aún podrá ser miembro. El Capítulo 4, Sección 2.1, le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continua considerada.

Sección 2.2 Medicaid

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

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos Programas de Ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

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

Sección 2.3 Área de servicio del plan para Community DualCare Access (HMO D-SNP)

Acceso a atención dual comunitaria (HMO D-SNP) Solo está disponible para quienes residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro, debe seguir residiendo en el área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Capítulo 1 Comience como miembro

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Chambers, Hardin, Jasper, Jefferson, Liberty, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker .

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo afectará esta mudanza a sus beneficios de Medicaid. Los números de teléfono de Medicaid se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para ver si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante llamar al Seguro Social. Llame al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

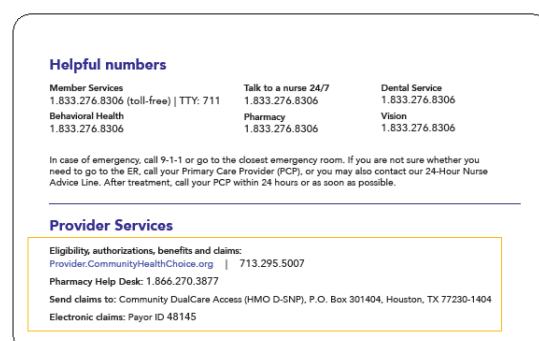
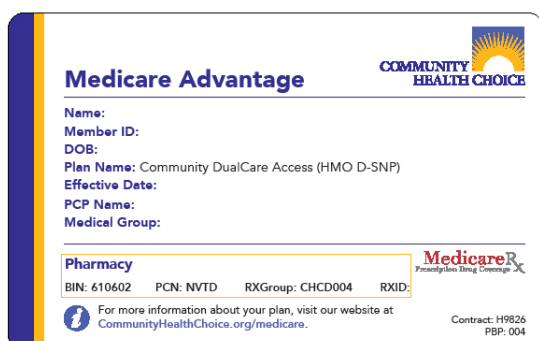
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Community DualCare Access (HMO D-SNP). Si no cumple los requisitos para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. Community DualCare Access (HMO D-SNP) Deberemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que adquiera en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Ejemplo de tarjeta de membresía:



Capítulo 1 Comience como miembro

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Community DualCare Access (HMO D-SNP) , podría tener que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Podrían pedirle que la muestre si necesita servicios hospitalarios, de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El Directorio de Proveedores www.communityhealthchoice.org/medicare Enumera nuestros proveedores actuales de la red y proveedores de equipo médico duradero. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si acude a otro proveedor sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o imposible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Community DualCare Access (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores y suministradores en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/medicare .

Si no tiene un *Directorio de Proveedores* , puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros llamando al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). *Los Directorios de Proveedores impresos que solicite* se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de Farmacias* y www.communityhealthchoice.org/medicare enumeran las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5,

Capítulo 1 Comience como miembro

Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no pertenecen a la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de Farmacias* , puede solicitar una copia a Servicios para Miembros llamando al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web:
www.communityhealthchoice.org/medicare .

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan cuenta con una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también llamada Lista de Medicamentos o formulario). Esta lista indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D en Community DualCare Access (HMO D-SNP) . Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos, a menos que se hayan eliminado y reemplazado, como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de Community DualCare Access (HMO D-SNP) .

La Lista de medicamentos también indica si existen reglas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite www.communityhealthchoice.org/medicare o llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

Prima del plan mensual* * Su prima puede ser superior a este importe. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	\$0

Capítulo 1 Comience como miembro

Monto máximo de desembolso personal Este es el <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	\$9,250 Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de desembolso personal por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 copago por visita
Visitas al consultorio de especialistas	\$0 copago por visita
Estancias hospitalarias para pacientes internados	\$0 copago
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 Sección 4 para obtener más detalles).	\$0

Capítulo 1 Comience como miembro**Cobertura de medicamentos de la Parte D**

(Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).

Copago durante la etapa de cobertura inicial:**Medicamentos de nivel 1: \$0 copago****Medicamentos de nivel 2:**

- \$0 copago; o
- Copago de \$1.60; o
- \$5.10 de copago; o
- Coaseguro del 25%

Medicamentos de nivel 3:

- \$0 copago; o
- Copago de \$4.90; o
- \$12.65 de copago; o
- Coaseguro del 25%

Medicamentos de nivel 4:**Genérico:**

- \$0 copago; o
- Copago de \$1.60; o
- \$5.10 de copago; o
- Coaseguro del 25%

Marca y otros:

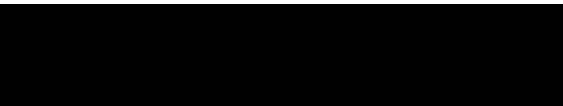
- \$0 copago; o
- Copago de \$4.90; o
- \$12.65 de copago; o
- Coaseguro del 25%

Medicamentos de nivel 5:**Genérico:**

- \$0 copago; o
- Copago de \$1.60; o
- \$5.10 de copago; o
- Coaseguro del 25%

Marca y otros:

- \$0 copago; o
- Copago de \$4.90; o
- \$12.65 de copago; o
- Coaseguro del 25%

Capítulo 1 Comience como miembro


Medicamentos de nivel 6: \$0 copago

Etapas de cobertura catastrófica:

Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Parte D Multa por inscripción tardía (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima de plan mensual separada para Community DualCare Access (HMO D-SNP) .

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, es posible que **la información sobre las primas de esta Evidencia de Cobertura no le sea aplicable** . Le enviamos un documento aparte, llamado *Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para el Pago de Medicamentos Recetados* (también conocido como *Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos* o *Anexo LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el *Anexo LIS* .

Capítulo 1 Comience como miembro

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**A muchos miembros se les exige pagar otras primas de Medicare**

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

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe seguir pagándolas para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Parte D Multa por inscripción tardía

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

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Tenía cobertura de medicamentos válida a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es válida. Puede recibir esta información en una carta o boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Capítulo 1 Comience como miembro

- **Nota:** Cualquier carta o notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como lo paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento en medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía a la Parte D. Así es como funciona:

- Primero, cuente los meses completos que retrasó la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O cuente los meses completos que no tuvo cobertura de medicamentos válida, si la interrupción fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional por beneficiario). Para 2026, esta prima promedio es de \$38.99 .
- Para calcular su multa mensual, Multiplique el porcentaje de la penalización por la prima base nacional del beneficiario y redondee a la decena más cercana. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$38.99 , lo que equivale a \$ 5.4586 . Esto se redondea a \$5.5 . Esta cantidad se añadiría **a la prima mensual del plan para alguien con una penalización por inscripción tardía en la Parte D.**

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año,** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Continuará pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos de 65 años* y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía a la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía a la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para ingresar a Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía a la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que debe

Capítulo 1 Comience como miembro

pagar la multa por inscripción tardía. Sin embargo, si ya pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión.

Sección 4.4 Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, algunos miembros podrían tener que pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA) de la Parte D. Este cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto supera cierta cantidad, pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

Si usted Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por las recetas que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido entre los meses restantes del año.

El Capítulo 2, Sección 7, ofrece más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan

Sección 5.1 Nuestra prima del plan mensual no cambiará durante el año

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual cambia para el próximo año, se lo notificaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagarla. Esto podría ocurrir si cumple o pierde su elegibilidad para la Ayuda Adicional durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para recibir Ayuda Adicional durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable.

Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su historial de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos**. Por eso, es fundamental que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, la de su empleador, la de su cónyuge o pareja de hecho, la compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico
- Si le admiten en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador) cambia

Capítulo 1 Comience como miembro

- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) .

También es importante contactar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para poder coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios** .

Una vez al año, le enviaremos una carta con cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba proporcionar nuestro número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal de su empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el "pagador principal") paga hasta el límite de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (el "pagador secundario") solo paga si la cobertura principal no cubre todos los costos. Es posible que el pagador secundario no cubra todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura de planes de salud grupales de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o un miembro de su familia) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el

Capítulo 1 Comience como miembro

empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.

- Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Community DualCare Access (HMO D-SNP)

Para obtener ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Community DualCare Access (HMO D-SNP) Servicios para Miembros. Estaremos encantados de ayudarle.

Llamar	1-833-276-8306 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. . Servicios para miembros 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. .
Fax	1-713-295-7041
Escribir	Acceso a atención dual comunitaria (HMO D-SNP) Apartado postal 301413 Houston, Texas 77230-9920
Sitio web	www.communityhealthchoice.org/medicare

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos**Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Llamar	1-833-276-8306 Las llamadas a este número son gratis. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00 horas, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas .
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m .
Fax	1-713-295-7033
Escribir	Apelaciones y quejas 4888 Loop Central, Suite 600 Houston, Texas 77081
Sitio web	www.communityhealthchoice.org/medicare

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura ni pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Llamar	1-833-276-8306
---------------	----------------

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

	Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m .
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m .
Fax	1-713-295-7036
Escribir	Departamento de Mejora del Servicio 4888 Loop Central, Suite 600 Houston, Texas 77081
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Community DualCare Access (HMO D-SNP) directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que considera que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de ella, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Llamar	1-833-276-8306 Las llamadas a este número son gratuitas.
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Escribir	Solicitud de pago de reclamaciones Apartado postal 301404 Houston, Texas 77230-1404

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos**Sitio web**www.communityhealthchoice.org/medicare**SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare**

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Llamar	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
Teléfono de texto	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escribir	Escriba a Medicare al apartado postal 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de atención médica. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como • exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes, enfermería hogares, hospitales, médicos, agencias de salud a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre www.communityhealthchoice.org/medicare.

Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP).

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

de HICAP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y resolver problemas con sus facturas de Medicare. También pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, comprender sus opciones de plan y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Llamar	1-800-252-9240
Teléfono de texto	711
Escribir	Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (HICAP)

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

	Apartado postal 149104
	Austin, Texas 7814-9030
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada atiende a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Acentra Health .

Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está vinculada a nuestro plan.

Contacte con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención recibida . Algunos ejemplos de problemas de calidad de la atención incluyen la medicación incorrecta, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital terminará demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) está terminando demasiado pronto.

Llamar	1-888-315-0636 Días laborables: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central Fines de semana y festivos: de 10:00 a. m. a 4:00 p. m., hora central
Teléfono de texto	711
Escribir	1650 Summit Lake Dr. Suite 102 Tallahassee, Florida 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos**SECCIÓN 5 Seguridad Social**

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción. También es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social indicando que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas al respecto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Llamar	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
Teléfono de texto	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos Programas de Ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado con beneficios completos de Medicaid (SLMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.

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

Llamar	1-800-252-8263 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central.
Teléfono de texto	Teléfono de texto 711
Escribir	Apartado postal 149024 Austin, Texas 78714-9024
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/

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

Llamar	1-877-787-8999 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central.
Teléfono de texto	711
Escribir	Oficina del Defensor del Pueblo del HHS Apartado postal 13247 Austin, Texas 78711-3247
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/your-rights/hhs-office-ombudsman

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

La Oficina del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo del Estado ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familias.

Llamar	1-800-252-2412 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., hora central.
Teléfono de texto	711
Escribir	Oficina del Defensor del Pueblo para Cuidados a Largo Plazo del Estado Apartado postal 149030 Austin, Texas 78714-9030 ltc.ombudsman@hhs.texas.gov
Sitio web	https://apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir el costo de sus medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Como usted es elegible para Medicaid, califica para recibir Ayuda Adicional de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta Ayuda Adicional.

Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 ; o
- Su oficina estatal de Medicaid al 1-800-252-8263 .

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Si cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia de su copago correcto. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

- Los miembros pueden comunicarse con nuestros Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 para solicitar ayuda para obtener **la Mejor Evidencia Disponible (BAE)**. y por proporcionar esta evidencia.
 - Cuando se comunique con nosotros, verificaremos si existe alguna discrepancia o si podemos resolverla con respecto a su ayuda adicional con base en la información a la que tengamos acceso. En algunos casos, podríamos solicitarle documentación si la tiene disponible. Si no la tiene, intentaremos verificar el estado de su ayuda adicional a través de los canales de comunicación y de acuerdo con las directrices establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
 - Los documentos que se enumeran a continuación son válidos para determinar el nivel correcto de ayuda adicional y la fecha de entrada en vigor para las personas que deben ser consideradas elegibles para **el Subsidio por Bajos Ingresos (LIS)**. Cada documento a continuación debe demostrar que la persona era elegible para Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad.
 - Si la copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario no indica una fecha de vigencia, no se aceptará como una forma de BAE.
 - Una copia de un documento estatal que confirme el estado activo de Medicaid.
 - Una impresión del archivo de inscripción electrónica del estado que muestra el estado de Medicaid.
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestra el estado de Medicaid.
 - otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre el estado de Medicaid.
 - Una carta del SSA que muestre que la persona recibe SSI; o
 - Una solicitud presentada por un beneficiario considerado elegible que confirma que "...es automáticamente elegible para recibir ayuda adicional..."

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- Los patrocinadores de la Parte D deben aceptar cualquiera de las siguientes formas de evidencia del beneficiario o del farmacéutico, defensor, representante, miembro de la familia u otra persona del beneficiario que actúe en nombre del beneficiario para establecer que un beneficiario está institucionalizado o, a partir de una fecha especificada por el Secretario, pero no antes del 1 de enero de 2012, es una persona que recibe **Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)** y califica para compartir costos cero:
 - Una remesa del centro que muestra el pago de Medicaid por un mes calendario completo para esa persona durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid en nombre del individuo al centro por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior;
 - Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid del Estado que muestre el estado institucional de ese individuo en función de una estadía de al menos un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- A partir de una fecha especificada por el Secretario, pero no antes del 1 de enero de 2012, se enviará una copia de:
 - Un Aviso de Acción, Aviso de Determinación o Aviso de Inscripción emitido por el Estado que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad de HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - Un plan de servicio HCBS aprobado por el estado que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia a partir de un mes después de junio del año calendario anterior.
 - de aprobación de autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluye el nombre del beneficiario y la fecha de vigencia que comienza durante un mes después de junio del año calendario anterior.
 - Otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre el estado de elegibilidad de HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior; o,
 - Un documento emitido por el estado, como un aviso de remesa, que confirma el pago de HCBS, incluido el nombre del beneficiario y las fechas de los HCBS del año calendario anterior.
- Cuando obtengamos la evidencia que demuestre el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta de copago cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más, le reembolsaremos el copago, ya

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

sea con cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y tiene una deuda con ella, podríamos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podríamos realizar el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas médicas, primas de planes de medicamentos y otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) Ayuda a las personas con VIH/SIDA a acceder a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP) .

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como comprobante de residencia en el estado y estado serológico respecto al VIH, bajos ingresos (según la definición estatal) y estar sin seguro médico o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su asistente de inscripción local del ADAP para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090 .

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad económica, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene diferentes normas para brindar cobertura de medicamentos a sus afiliados.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es Texas THMP Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) .

Llamar**1-800-255-1090**

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

	De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central.
Teléfono de texto	711
Escribir	Programa TX THMP ATENCIÓN: MSJA CM: 1873 Apartado postal 149347 Austin, TX 78714-9347 hivstd@dshs.texas.gov
Sitio web	https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap

Plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo **del año calendario**. (Enero – diciembre) . Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, son más ventajosas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov .

Llamar	1-833-463-0683 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana . Servicios para miembros 1-833-276-8306 (Los usuarios de TTY llaman al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas . 24 horas al día, 7 días a la semana.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Escribir	Capital Rx Elección de salud comunitaria (HMO D-SNP) 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234 Beaverton, Oregón 97008-7105 M3P-Elección@cap-rx.com
Sitio web	www.communityhealthchoice.org/medicare

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB)

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

Llamar	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.
Teléfono de texto	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener cobertura médica. Para obtener más información sobre la atención médica que ofrece nuestro plan, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia estatal para brindar servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de salud.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago total. Hemos acordado con estos proveedores la prestación de los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos para atención médica se detallan en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se describen en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, Community DualCare Access (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de aquellos cubiertos por Medicare Original.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Acceso a atención dual comunitaria (HMO D-SNP) Generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera** médicamente necesaria. Esto significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
 - En la mayoría de los casos, su médico de cabecera (PCP) de la red debe darle su aprobación previa (una referencia) antes de que pueda consultar con otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - No necesita derivaciones de su médico de cabecera para atención de emergencia o servicios urgentes. Para obtener más información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su médico de cabecera, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que deberá pagarle al proveedor el total de los servicios que reciba. Aquí hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que la brinden, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red . Se requiere autorización previa. En este caso, cubriremos estos servicios como si los recibiera de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

está disponible o no puede acceder a él temporalmente. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido por la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

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

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

Un médico de atención primaria (PCP) es un médico de la red que usted selecciona para brindar y coordinar sus servicios cubiertos. Son profesionales médicos con licencia que gestionan su atención médica a lo largo del tiempo. Los PCP suelen ser su primer punto de contacto ante un problema de salud.

- **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como médico de cabecera ?**
 - Los médicos de atención primaria (MAP) suelen ser especialistas en medicina interna, medicina familiar o medicina general. Puede elegir un MAP de las siguientes categorías:
 - médicos generales
 - médicos de familia
 - internistas
 - Geriatría
 - Asistentes médicos (PA) (bajo la supervisión de un profesional autorizado)
 - Enfermero practicante (NP) (bajo la supervisión de un profesional autorizado)
 - Especialista (para miembros con necesidades médicas o conductuales especiales)
- **¿Cuál es el papel del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?**

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- Su relación con su médico de cabecera es importante, ya que este es responsable de coordinar su atención médica y de sus necesidades de atención médica rutinarias. Le recomendamos pedirle ayuda para seleccionar un especialista de la red y para realizar un seguimiento con él después de cualquier consulta. Es importante que desarrolle y mantenga una buena relación con su médico de cabecera.
- **¿Cuál es el papel del PCP en la toma de decisiones sobre la obtención de una autorización previa (PA)?**
 - Su médico de cabecera debe comunicarse con nosotros por teléfono, correo electrónico o por escrito para solicitar la autorización correspondiente. Para solicitar la autorización previa, su médico de cabecera debe llamar al número que figura al reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Cómo elegir un médico de atención primaria

Debe seleccionar un médico de cabecera (PCP) del Directorio de Proveedores al inscribirse. Sin embargo, puede visitar a cualquier proveedor de la red que elija. Para obtener una copia del Directorio de Proveedores más reciente o ayuda para seleccionar un PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 o visite nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/medicare) para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red. Si no selecciona un PCP al inscribirse, podemos seleccionar uno por usted. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.

Cómo cambiar de médico de cabecera

Puede cambiar de médico de cabecera por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que su médico de cabecera abandone la red de proveedores de nuestro plan, por lo que tendría que elegir uno nuevo.

Si desea cambiar de médico de cabecera, llame a Servicios para Miembros. Si el médico de cabecera acepta nuevos miembros del plan, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro de Community DualCare Access (HMO D-SNP) que refleja este cambio.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una derivación de su médico de cabecera

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin obtener la aprobación previa de su médico de cabecera.

- Atención médica de rutina para mujeres, incluidos exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía siempre que los obtengas de un proveedor de red
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o recaídas inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, articulaciones o músculos.

Su médico o proveedor debe revisar los requisitos de Autorización Previa que se encuentran en nuestro sitio web. Para evitar costos adicionales, tenga en cuenta que es su responsabilidad confirmar con su médico o proveedor que se cumplen los requisitos de Autorización Previa. Su médico o proveedor debe comunicarse con nosotros por teléfono,

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

correo electrónico o por escrito para solicitar la autorización correspondiente. El número de teléfono para solicitar la autorización se encuentra en su Tarjeta de Identificación de Miembro.

Si los servicios cubiertos no están disponibles a través de Médicos o Proveedores Participantes, usted o su médico pueden solicitar autorización previa para los servicios cubiertos por un médico u otro proveedor fuera de la red contratada. Las solicitudes de autorización previa se procesarán dentro del plazo adecuado a sus necesidades de salud o circunstancias, sin exceder los catorce (14) días calendario. Usted y/o su Médico o Proveedor, en su nombre, tienen derecho a solicitar una decisión acelerada si aplicar el plazo de procesamiento estándar pudiera poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función plena.

Si los servicios cubiertos se aprueban según lo descrito anteriormente, usted solo será responsable de cualquier copago, coaseguro u otros gastos de bolsillo que hubiera pagado si hubiera podido obtener los servicios de la red de proveedores participantes de Community . Si recibe una factura del proveedor no participante, comuníquese con Servicios para Miembros al **1-833-276-8306** (TTY 711).

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le continúen dando los tratamientos o terapias médicamente necesarios. Colaboraremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Si un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o no es suficiente para satisfacer sus necesidades médicas, gestionaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, con un costo compartido dentro de la red. Se requiere autorización previa.
- Si descubre que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja por la calidad de la atención ante nuestro plan o ambos (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Si los servicios cubiertos no están disponibles a través de los médicos o proveedores participantes, a pedido de su médico o proveedor participante y dentro del tiempo apropiado a las circunstancias, pero sin exceder los cinco (5) días hábiles, permitiremos una derivación a un médico o proveedor no participante y reembolsaremos completamente al médico o proveedor no participante a la tarifa habitual y acostumbrada o a una tarifa acordada.

Antes de denegar una solicitud de derivación a un proveedor no participante, prevemos que la solicitud sea revisada por un especialista del mismo tipo de especialidad o similar que el proveedor no participante al que se solicita la derivación.

No todos los profesionales de la salud que prestan servicios en hospitales participantes son proveedores participantes. Si los servicios son prestados por proveedores no participantes, incluyendo, entre otros, patólogos, anesthesiólogos, radiólogos y médicos de urgencias (médicos de centros) en un hospital participante, pagaremos dichos servicios a la tarifa habitual o a una tarifa acordada. Si recibe una factura del proveedor no participante, comuníquese con Servicios para Miembros al número que figura al final de este folleto.

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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Es su responsabilidad verificar la participación de todos los proveedores en la red antes de recibir servicios que no sean de emergencia. Debe verificar su participación en la red, solo con nosotros, llamando al número de teléfono de Servicios para Miembros que se encuentra al reverso de su Tarjeta de Identificación de Miembro o visitando nuestro sitio web: www.communityhealthchoice.org/medicare.

No nos responsabilizamos de la exactitud o inexactitud de las declaraciones sobre la participación en la red realizadas por cualquier médico de cabecera, médico de atención especializada, hospital u otro proveedor, ya sea contratado o no. En otras palabras, si el médico de cabecera, médico de atención especializada u otro proveedor de la red recomienda recibir servicios de otra entidad, es su responsabilidad verificar la participación en la red de dicha entidad antes de recibir dichos servicios.

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

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

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- **Busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de urgencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No Primero debe obtener la aprobación o una referencia de su médico de cabecera. No necesita usar un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Lo antes posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Nosotros Necesita dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente al 1-833-276-8306 (TTY 711). El horario es del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m .

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a urgencias por cualquier otro medio podría poner en riesgo su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

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

Una vez superada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurar que su condición se mantenga estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen su atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasaría si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir a urgencias pensando que su salud corre grave peligro y el médico podría decirle que, después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que usted haya considerado razonablemente que su salud corría grave peligro , cubriremos su atención.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Sin embargo, después de que el médico dijera que no era así, En caso de emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si la recibe de una de estas dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional .
- La atención adicional que recibe se considera un servicio de urgencia y debe seguir las reglas a continuación para obtener esta atención urgente.

Sección 3.2 Obtenga atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) se considera urgente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtenerlo de proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Sin embargo, las visitas médicas de rutina al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

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

Siempre debe intentar obtener servicios urgentes de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios urgentes que reciba de un proveedor fuera de la red. Consulte su Directorio de Proveedores para obtener una lista de los Centros de Atención de Urgencias de la red.

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

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio que reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted aún tiene derecho a recibir atención de nuestro plan.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Visite www.communityhealthchoice.org/medicare para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Si pagó por sus servicios médicos cubiertos o si recibe una factura por ellos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de dichos servicios. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Acceso a atención dual comunitaria (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos con un límite de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los montos que pague después de alcanzar el límite de beneficios no se contabilizan para su máximo anual de gastos de bolsillo. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el máximo de gastos de bolsillo de su plan). Puede llamar a Servicios para Miembros si desea saber cuánto ha utilizado ya de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar en el estudio. Mientras participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original cubre la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo será responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionarnos documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su médico de cabecera. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan pertenecer a la red de nuestro plan. (Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluyendo ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

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

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

Sección 5.2 ¿Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica?

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

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

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que con todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes :**

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se está probando en el estudio, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte de un estudio si su afección médica normalmente solo requiere una.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare "*Medicare y Estudios de Investigación Clínica*", disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención médica no médica es un centro que brinda atención para afecciones que normalmente se tratarían en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos la atención en una institución religiosa de atención médica no médica. Este beneficio se ofrece solo para servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención médica no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención médica no médica

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

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

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan sólo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en la instalación, o su estadía no estará cubierta.

Tiene cobertura por días ilimitados en el hospital, siempre que su estadía cumpla con las pautas de Medicare. Los límites de cobertura se describen en la sección "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" del Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No será propietario de algún equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan

El equipo médico duradero (EMD) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos para generar voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para que los miembros las usen en casa. El miembro siempre posee algunos artículos de EMD, como prótesis. Otros tipos de EMD se deben alquilar .

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero (EMD) son propietarios del equipo tras pagar los copagos correspondientes durante 13 meses. **Como miembro de Community DualCare Access (HMO D-SNP) , generalmente no obtendrá la propiedad de los equipos médicos duraderos alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice durante su membresía.** No obtendrá la propiedad, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el equipo médico duradero con Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) .

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (EMD) mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para obtener la propiedad del equipo. Los pagos que realizó mientras estaba afiliado a nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos para obtener la propiedad del artículo una vez que se reincorpore a Medicare Original. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se contabilizan.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Community DualCare Access (HMO D-SNP) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno

Si abandona Community DualCare Access (HMO D-SNP) o ya no necesita por razones médicas el equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

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

le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de 5 años, puede... Puede optar por permanecer en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma compañía, y deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

SECCIÓN 1 Comprensión de los servicios cubiertos

La Tabla de Beneficios Médicos detalla los servicios cubiertos como miembro de Community DualCare Access (HMO D-SNP) . Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos no cubiertos.

Sección 1.1 No paga nada por los servicios cubiertos

Como recibe ayuda de Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre que cumpla con las normas de nuestros planes para recibir atención médica. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de nuestros planes para recibir atención médica).

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

Nota: Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este límite de desembolso personal. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de desembolso personal por los servicios cubiertos de las Partes A y B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de desembolso personal (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto del MOOP es de \$9,250 .**

Los montos que paga por deducibles, copagos y coaseguros por los servicios cubiertos se contabilizan para este monto máximo de desembolso personal. Los montos que paga por los medicamentos de la Parte D no cuentan para su monto máximo de desembolso personal. Si alcanza el monto máximo de desembolso personal Con un límite de \$9,250 , no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos . Sin embargo, deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero la paguen) .

SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios y costos médicos

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Community DualCare Access (HMO D-SNP) (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios que se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos solo están cubiertos cuando se cumplen estos requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red no está cubierta, a menos que se trate de una emergencia o atención de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya remitido. Esto significa que usted paga al proveedor el costo total de los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos servicios incluidos en la Tabla de Beneficios Médicos *solo están cubiertos* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa se indican en la Tabla de Beneficios Médicos con una nota al pie.
- Si su plan de atención coordinada prevé la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Otras cosas importantes que debes saber sobre nuestra cobertura:

- Tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre los costos compartidos de los servicios de Medicare, incluyendo ... Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios domiciliarios y comunitarios.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original . (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare & You 2026*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Community Health Choice (HMO-DSNP) le ayudará a administrar y coordinar sus beneficios de Medicare y Medicaid, incluyendo, entre otros, visitas al hospital y al médico, medicamentos recetados y atención a largo plazo. Nuestro equipo de Coordinación de Atención le brindará información y le ayudará a comprender cómo funcionan conjuntamente sus beneficios de Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas o necesita ayuda para administrar sus beneficios de Medicare y Medicaid, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente. Nuestro equipo de Coordinación de Atención le ayudará a coordinar sus beneficios y a garantizar que reciba todos los servicios a los que tiene derecho, tanto de Medicare como de Medicaid.
- Para obtener una lista de los beneficios de Medicaid, consulte la sección "Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid" en el Resumen de Beneficios. Puede encontrar una copia del Resumen de Beneficios de su plan en nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/medicare o llamar a Servicios para Miembros para solicitar una copia.
- Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas ni los costos compartidos de Medicare que el estado debería cubrir si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare no cambia durante este período.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

No paga nada por los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para afiliados con enfermedades crónicas

- Si le diagnostican alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
 - Trastornos autoinmunes
 - Cáncer
 - Trastornos cardiovasculares
 - Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)
 - Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
 - Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato.
 - Enfermedad gastrointestinal crónica
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Enfermedad renal crónica (ERC)
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo
 - Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento.
 - Afecciones con desafíos funcionales
 - Demencia
 - Diabetes mellitus
 - VIH/SIDA
 - Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores
 - Trastornos neurológicos
 - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
 - Trasplante de órganos posterior
 - Trastornos hematológicos graves
 - Ataque
- Para calificar para los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI), los miembros deben cumplir con los siguientes criterios:
 - Requisito de condición crónica: el miembro debe tener una o más de las condiciones crónicas enumeradas.
 - Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA): Para ser elegible para SSBCI, nuestro equipo de Coordinación de Atención realiza una evaluación para determinar las

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

necesidades específicas del miembro en relación con su condición crónica. Esta evaluación evalúa cómo los beneficios complementarios pueden contribuir a la salud del miembro y mejorar su vida diaria .

- Estado de inscripción: Los miembros deben estar inscritos activamente en nuestro plan Medicare Advantage y mantener su inscripción activa. Los beneficios de SSBCI se ofrecen como parte de los servicios adicionales de nuestro plan de salud y la elegibilidad depende de la inscripción continua.
- Para obtener más detalles , consulte la fila *Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos* en el Cuadro de beneficios médicos a continuación.
- Contáctenos para saber exactamente a qué beneficios puede tener derecho.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)**Cuadro de beneficios médicos**

 Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba si presenta ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asistente médico, enfermera practicante o enfermera clínica especialista.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Que dura 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • No asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoría. No se podrán administrar más de 20 sesiones de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o presenta regresión. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros profesionales (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

identifica en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
Acupuntura (suplementaria) Cubrimos 24 visitas adicionales por año.	\$0 copago
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala rotatoria, hasta el centro médico más cercano que pueda brindar atención, si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o si nuestro plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
 Visita anual de bienestar Si lleva más de 12 meses con la Parte B, puede obtener una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

actual y sus factores de riesgo. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. Nota : Su primera visita de bienestar anual No puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva <i>de Bienvenido a Medicare</i> . Sin embargo, no es necesario que haya tenido una <i>visita de Bienvenido a Medicare</i>. Visita que estará cubierta para las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	
 Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.
 Detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los miembros que cumplen ciertas condiciones con orden médica. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Prior authorization may be required.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

 Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita al año con su médico de cabecera para ayudarlo a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podría hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que lleve una alimentación saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prevención de enfermedades cardiovasculares mediante terapia conductual intensiva.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada 5 años.
 Detección del cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios quiroprácticos (suplementarios) Cubrimos 24 visitas adicionales por año. Puede ser necesaria autorización previa.	\$0 copago

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales brindados durante el tratamiento. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
 Detección del cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más sin alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de una colonoscopia de detección. Una vez cada	No hay coaseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN fecal multidiaria para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare cubre los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, especialmente cuando dicho servicio forma parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia por cáncer de mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos: Servicios dentales de rutina (complementarios) Los servicios de diagnóstico y prevención cubiertos incluyen:	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare \$0 copago

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

• Exámenes orales: 1 cada 6 meses • Profilaxis (Limpieza): 1 cada 6 meses • Radiografías dentales: 1 cada año Los servicios integrales cubiertos incluyen: • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prótesis removibles • Cirugía Oral/Maxilofacial (Extracciones) Usted recibe un beneficio de \$3,500 por año para todos los servicios dentales complementarios combinados.	
 Detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento o derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.
 Detección de diabetes Cubrimos esta evaluación (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también podrían estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

• Suministros para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que padecen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas que se incluyen) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos con suela gruesa y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se incluyen). La cobertura incluye la prueba. • La capacitación en autogestión de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. Puede requerirse autorización previa. Los monitores y tiras de glucosa están limitados a los fabricantes especificados por el plan .	
Equipo médico duradero (EMD) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el equipo médico duradero (EMD) médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su zona no ofrece una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede encargarlo especialmente para usted. Se podrá requerir autorización previa para: • Artículos que superen los \$500 (compra o alquiler) • Suministros para diabéticos u otros suministros que excedan la cantidad necesaria para 30 días	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

• Implantes cocleares, máquinas CPAP, máquinas CPM • Aparatos ortopédicos personalizados, cascos de moldeado craneal, sillas de ruedas personalizadas o motorizadas • Nutrientes enlatados	
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Proporcionado por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesario para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. A emergencia médica Se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. La atención de emergencia solo está cubierta dentro de los Estados Unidos.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta.
Servicios de apoyo a domicilio Los servicios de apoyo a domicilio son proporcionados por Papa. Los miembros tienen hasta 48 horas al año para recibir los servicios cubiertos. Papa ofrece servicios de apoyo a domicilio con tareas cotidianas para los miembros proporcionadas por Papa Pals. Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de compañía: Los servicios de compañía incluyen	\$0 copago

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

pasar tiempo de calidad, jugar juegos de mesa, compartir recuerdos, disfrutar de una comida, salir a caminar y participar en una excelente conversación.

Tareas del hogar: Papa Pals puede proporcionar limpieza liviana de superficies, preparación de comidas, organización, seguridad física, jardinería liviana y lavandería.

Compras: Papá puede ayudar con las compras y la entrega. Los Papás Pals recogerán a los miembros en sus casas, los llevarán al supermercado, les cargarán las bolsas, los llevarán de regreso a casa y descargarán la compra.

Lecciones de tecnología: Papá puede ayudar a los miembros a configurar y usar dispositivos y aplicaciones para mantenerse en contacto con sus seres queridos, disfrutar de juegos y más.

Transporte Social: Ofrece transporte y compañía en situaciones que no sean de emergencia, tanto de ida como de vuelta, a los destinos de los miembros. Los miembros pueden recibir transporte al consultorio médico, farmacias, centros comunitarios, recados y otros lugares de convivencia.

Apoyo al Cuidador: Nuestro plan comprende que cuidar a un ser querido no siempre es fácil. Por eso, ofrecemos servicios de apoyo al cuidador a través de:

- Servicios de apoyo a domicilio
- Realizar recados
- Compras de ropa
- Entrega de preparación de comidas
- Cuidado de relevo
- Interacciones sociales a través de conexiones religiosas y espirituales
- Compromisos comunitarios
- Entrega de medicamentos recetados

Apoyo para la alfabetización en salud digital: Papa también ofrece un programa de alfabetización en salud digital para que te sientas seguro al usar herramientas de salud digital, como consultas médicas virtuales y portales de salud en línea. Comienza con una breve evaluación telefónica para comprender tus conocimientos y necesidades, seguida de

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

apoyo personalizado a domicilio por parte de un amable Papa Pal. Tanto si eres nuevo en estos servicios como si solo necesitas un repaso, Papa está aquí para ayudarte a mantenerte conectado con tu atención médica.	
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios de audición (suplementarios) - Exámenes de audición de rutina: 1 cada año - Subsidio de beneficio de \$1,500 cada año para audífonos, ambos oídos combinados	\$0 copago
Ayuda con ciertas enfermedades crónicas Si tiene una de las siguientes condiciones crónicas, puede ser elegible para los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI): - Trastornos autoinmunes - Cáncer - Trastornos cardiovasculares - Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) - Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes - Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato. - Enfermedad gastrointestinal crónica - Insuficiencia cardíaca crónica - Enfermedad renal crónica (ERC) - Trastornos pulmonares crónicos - Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo - Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento. - Afecciones con desafíos funcionales	\$0 copago

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

• Demencia • Diabetes mellitus • VIH/SIDA • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Trastornos neurológicos • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Trasplante de órganos posterior • Trastornos hematológicos graves • Ataque elegible recibe hasta \$125 cada mes para el alquiler, la compra de alimentos y la asistencia con los servicios públicos. Para obtener más información, consulte la sección “Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos” en esta tabla.	
 Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que los necesita y solicitará que una agencia de salud a domicilio los proporcione. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa supone un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención sanitaria a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

asistencia sanitaria a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos Puede ser necesaria autorización previa.	
Terapia de infusión domiciliaria La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación de pacientes que no estén cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado Puede ser necesaria autorización previa.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)**Cuidados paliativos**

Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en su área de servicio, incluyendo programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor.
- Cuidado de relevo a corto plazo
- Cuidado domiciliario

Cuando lo admiten en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan.

Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de las Partes A y B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor facturará a Medicare Original los servicios que este paga. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.

Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con

Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Community DualCare Access (HMO D-SNP) .

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como si existe un requisito para obtener una autorización previa).

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted paga solo el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red.
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Medicare Original.

Para servicios cubiertos por Community DualCare Access (HMO D-SNP) pero no cubiertos por Medicare Parte A o B:

Acceso a atención dual comunitaria (HMO D-SNP) Continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de si están relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de nuestro plan por estos servicios.

Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos simultáneamente por el hospicio y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4.

Nota: Si necesita cuidados que no sean de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), contáctenos para coordinar los servicios.

 Vacunas

Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:

- vacunas contra la neumonía

No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

• Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas para COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información. Puede ser necesaria autorización previa.	gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye hospitalización de agudos, rehabilitación, cuidados a largo plazo y otros servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día de ingreso formal con orden médica. El día anterior al alta es su último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios) • Medicamentos y drogas • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del lenguaje del habla	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) - Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitaria, puede optar por recibirlos localmente, siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si Community DualCare Access (HMO D-SNP) ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de su comunidad y usted decide recibirlos en este lugar distante, gestionaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. - Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o solicitar la donación de sangre propia o de otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. - Servicios médicos Nota: Para ser considerado paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden de ingreso formal. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.	Si recibe atención médica hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare "<i>Beneficios Hospitalarios de Medicare</i>". Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede ser necesaria autorización previa.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. El límite de por vida es de 190 días para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. Este límite no aplica a servicios de salud mental para pacientes hospitalizados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Prior authorization may be required.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Estadía como paciente internado: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía como paciente internado no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (excepto los dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o defectuoso, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdidas o cambios en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional Prior authorization may be required.	
 Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no estén en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando así se solicite. por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de consejería individual durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año posterior. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podría recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario para el siguiente año calendario. Prior authorization may be required.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Beneficio de comidas (complementario) Recibe hasta dos comidas al día durante 7 días después de su alta hospitalaria. Contacte con el plan para coordinar los servicios después de la hospitalización.	\$0 copago
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, de un hospital ambulatorio o de un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico: lecanemab), se administra por vía intravenosa. Además del costo de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría incrementar sus costos totales. Consulte con su médico sobre las exploraciones y pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted mismo se administra mediante inyección si tiene hemofilia • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órgano. Debe tener la	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.

- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.
- Algunos antígenos : Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo principio activo que el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.
- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.
- Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare
- Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

• Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para tener cobertura para sus recetas. El costo de los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. Puede ser necesaria autorización previa.	
Transporte médico no urgente (suplementario) Los servicios cubiertos incluyen: • 48 (cuarenta y ocho) viajes de ida cada año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan. • Los niveles de servicio de transporte incluyen: ○ Viajes compartidos (Lyft) ○ Transporte público ○ Vehículos furgoneta/sedán ○ Vehículos accesibles para sillas de ruedas Llame a MTM Health al 1-844-683-6449 (TTY 711). Nuestro personal está disponible para ayudarle las 24 horas, los 7 días de la semana. • Para citas médicas no urgentes, debe llamar para reservar su viaje al menos 2 días hábiles (48 horas)	\$0 copago

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

antes de la cita, sin incluir fines de semana. Esto es para garantizar la disponibilidad de un vehículo. • Si usa muletas, andador, silla de ruedas o bastón, informe al representante por teléfono cuando llame para programar su viaje. • También puedes programar un viaje a través de la app para miembros de MTM Link. Descárgala desde Google Play o la App Store. Puede ser necesaria autorización previa. NOTA: En caso de emergencia, comuníquese al 911.	
Línea de asesoramiento de enfermería (suplementaria) Tiene acceso a una línea de enfermería disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Llámenos al 1-833-276-8306, TTY 711. Nuestras enfermeras pueden: • Ayudar a controlar una enfermedad o lesión • Ayudar a reconocer síntomas urgentes y de emergencia. • Localiza médicos y hospitales en tu zona • Ayudar a reconocer las interacciones de los medicamentos NOTA: En caso de emergencia, comuníquese al 911.	\$0 copago
 Detección y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Consulte con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y el tratamiento preventivo de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opiáceos (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos de tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	
Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • rayos X • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o solicitar la donación de sangre propia o de otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

atención médica las solicita para tratar un problema médico. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias Puede ser necesaria autorización previa.	
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes o solicitar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de ingreso hospitalario, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare "Beneficios Hospitalarios de Medicare". Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede ser necesaria autorización previa.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como servicios de observación o atención ambulatoria. cirugía • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial , si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos no pueden administrarse por cuenta propia Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de ingreso hospitalario, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio , consulte al personal del hospital. Puede ser necesaria autorización previa.	
Atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especialista, un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), un enfermero practicante (NP), un asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en diversos entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF). Puede ser necesaria autorización previa.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Sustancia para pacientes ambulatorios servicios para trastornos por consumo El tratamiento ambulatorio y el asesoramiento por abuso de sustancias incluyen: • Hospitalización parcial (PHP) • Programa intensivo para pacientes ambulatorios (PIO) • Tratamiento psiquiátrico de día • Pruebas neuropsicológicas • Transferencias de una instalación a otra • Terapia electroconvulsiva (TEC) • Visita de psicoterapia ambulatoria que excede las 30 visitas en un año calendario por parte de cualquier proveedor en cualquier entorno. • Terapia de análisis de conducta aplicada (ABA) Tratamiento ambulatorio intensivo (excepto cuando se brinda en un centro para trastornos por consumo de sustancias (SUD)) Puede ser necesaria autorización previa.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. Nota: Si se someterá a una cirugía en un hospital, consulte con su proveedor si será paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden de ingreso hospitalario, usted es paciente ambulatorio y paga los	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

costos compartidos de la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Puede ser necesaria autorización previa.	
Artículos de venta libre (OTC) Recibe hasta \$100 al mes para ciertos medicamentos de venta libre aprobados y artículos de salud. Los montos no utilizados de medicamentos de venta libre no se acumulan al mes siguiente. Para obtener más información sobre cómo acceder a su beneficio, consulte el folleto de medicamentos de venta libre que le enviamos por correo. Recibirá por correo una tarjeta de débito precargada que podrá usar para comprar medicamentos de venta libre aprobados sin receta. Las pruebas de COVID-19 y la naloxona están cubiertas por el beneficio de venta libre. Puede obtener más información sobre su beneficio de OTC visitando nuestro sitio web en CommunityHealthChoice.NationsBenefits.com	\$0 copago
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos <i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio en un hospital o en un centro de salud mental comunitario que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización. <i>El servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) activa brindado en un departamento ambulatorio de un hospital, un	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial. Puede ser necesaria autorización previa.	
Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: ○ Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar ○ Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista. ○ Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico de cabecera o especialista , si su médico lo solicita para ver si necesita tratamiento médico. ○ Ciertos servicios de telesalud, incluidos: ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si elige recibir alguno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ○ Si necesita hablar con un médico fuera del horario de atención o si no se siente lo suficientemente bien como para ir a una visita al consultorio del médico de cabecera , la telesalud de Teladoc ofrece servicios de atención médica valiosos y convenientes las 24 horas, los 7 días de la semana a través de la web, el teléfono o la aplicación móvil.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

○ Los servicios de Teladoc ayudan a tratar una variedad de problemas de salud, incluidos problemas sinusales, bronquitis, síntomas de resfriado y gripe, alergias, infecciones respiratorias y renovación de recetas. ○ Para acceder a Teladoc, llame al 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) o visite www.Teladoc.com. ○ Algunos servicios de telesalud incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. ○ Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro. ○ Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. ○ Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación ○ Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tienes una visita en persona cada 12 meses mientras recibes estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. ○ Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal	

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

○ Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos si : ○ No eres un paciente nuevo y ○ El check-in no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ El check-in no implica una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni la cita más próxima disponible. ○ Evaluación del vídeo y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si : ○ No eres un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita más próxima disponible. ○ Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o historia clínica electrónica ○ Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: ● Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o los espolones calcáneos) ● Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores Puede ser necesaria autorización previa.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH,	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento de PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.	
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • examen rectal digital • Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (excepto los dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, prótesis y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, así como la reparación o el reemplazo de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas; consulte la sección "Cuidado de la vista" más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. Puede ser necesaria autorización previa.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
 Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son dependientes del alcohol. Si el resultado de la prueba de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el abuso de alcohol.
 Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que obtienen una orden para LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida para detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que debe ser proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

<i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD después de la prueba inicial, los miembros deben obtener una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD, la cual puede realizarse durante cualquier consulta pertinente con un médico o profesional no médico cualificado. Si un médico o profesional no médico cualificado opta por ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para la detección de cáncer de pulmón en pruebas posteriores con TCBD, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</i>	
 Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Corres un alto riesgo porque usas o has usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Naciste entre 1945-1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección. Si tiene alto riesgo (por ejemplo, si ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos pruebas anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
 Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas con mayor riesgo de ITS cuando las solicita un médico de cabecera. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

También cubrimos sesiones anuales de consejería conductual de alta intensidad, presenciales, de 20 a 30 minutos, para un máximo de 2 personas, dirigidas a adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubrimos estas sesiones de consejería como servicio preventivo si las proporciona un profesional de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como un consultorio médico. Puede ser necesaria autorización previa.	
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo domiciliario (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla . Puede ser necesaria autorización previa.	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A los centros de enfermería especializada a veces se les llama SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia • Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que obtenga en un año calendario o solicitar la donación de sangre propia o de otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF • Pruebas de laboratorio que normalmente proporcionan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente prestan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los centros de enfermería especializada	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

• Servicios de médicos/profesionales Generalmente, recibe atención en centros de enfermería especializada (SNF) en centros de la red. Bajo ciertas condiciones que se detallan a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red en un centro que no sea proveedor de la red, si este acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho vive en el momento en que usted sale del hospital Puede ser necesaria autorización previa.	
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos 2 intentos de abandono al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, pudiendo el paciente recibir hasta 8 sesiones al año).	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare .
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos Los servicios del Beneficio Suplementario Especial para Enfermos Crónicos (SSBCI) son beneficios no relacionados con la salud para personas con enfermedades crónicas. Los	\$0 copago

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

miembros deben tener una afección relacionada con una de las siguientes enfermedades crónicas:

- Trastornos autoinmunes
- Cáncer
- Trastornos cardiovasculares
- Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)
- Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes
- Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato.
- Enfermedad gastrointestinal crónica
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Enfermedad renal crónica (ERC)
- Trastornos pulmonares crónicos
- Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo
- Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento.
- Afecciones con desafíos funcionales
- Demencia
- Diabetes mellitus
- VIH/SIDA
- Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores
- Trastornos neurológicos
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Trasplante de órganos posterior
- Trastornos hematológicos graves
- Ataque

Los siguientes beneficios son beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos. No todos los miembros califican.

Beneficio de la tarjeta flexible:

Los miembros elegibles reciben hasta **\$125 al mes** en una tarjeta de débito precargada. El crédito puede usarse para comprar alimentos, ayuda con el alquiler y/o pagar servicios públicos. Los miembros... Recibir información por correo

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

sobre cómo acceder a este beneficio. Los importes no utilizados no se transfieren al mes siguiente.	
Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (EAP) y una derivación para EAP del médico responsable del tratamiento de la EAP. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consiste en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno ambulatorio de un hospital o en el consultorio de un médico. • Ser administrado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la EAP. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero clínico especialista que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. El SET puede cubrirse más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. Puede ser necesaria autorización previa.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Servicios urgentemente necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente. Esta cobertura está disponible dentro de EE. UU.	
 Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma al año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanoamericanos mayores de 65 años. • Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no podrá reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare
Visión de rutina (suplementaria) Los servicios cubiertos incluyen: • Un (1) examen ocular de rutina cada año	\$0 copago

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Asignación de \$250 cada año para lentes de contacto y/o anteojos (lentes y marcos)	
 Bienvenido a la visita preventiva de Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Esta consulta incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones a otros servicios de atención médica, si los necesita. Importante: Cubrimos únicamente la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> dentro de los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> .

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Community DualCare Access (HMO D-SNP)

Los siguientes servicios no están cubiertos por Community DualCare Access (HMO D-SNP) pero están disponibles a través de Medicaid:

SERVICIOS DE EXENCIÓN BASADOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD	
Quienes cumplen con los requisitos de QMB y también cumplen con los criterios financieros para la cobertura completa de Medicaid pueden Ser elegible para recibir todos los servicios de Medicaid no cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de exención de Medicaid. Estos servicios se limitan a las personas que cumplen con los criterios adicionales de elegibilidad de la exención de Medicaid.	
Exención de Servicios de Asistencia y Apoyo para la Vida en Comunidad (CLASS)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y los requisitos para acceder a esta exención en la siguiente página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas : https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/community-living-assistance-support-services-

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

	class. Para obtener más información, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).
Exención para personas sordas y ciegas con discapacidades múltiples (DBMD)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención en la siguiente página web de Salud y Servicios Humanos de Texas : https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd . Para obtener más información, comuníquese con la HHSC .
Exención de Servicios para el Hogar y la Comunidad (HCS)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y los requisitos para acceder a esta exención en la siguiente página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas : https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/home-community-based-services-hcs . Para obtener más información, comuníquese con la HHSC.
Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y los requisitos para acceder a esta exención en la siguiente página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas : https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/medically-dependent-children-program-mdcp . Para obtener más información, comuníquese con la HHSC.
Programa STAR+PLUS (que opera bajo la Exención del Programa de Transformación y Mejora de la Calidad de la Atención Médica de Texas)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y los requisitos para acceder a esta exención en la siguiente página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas : https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/programs/starplus . Para obtener más información, comuníquese con la HHSC.

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Exención para vivir en el hogar de Texas (TxHmL)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y los requisitos para acceder a esta exención en la siguiente página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas : https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhtml . Para obtener más información, comuníquese con la HHSC.
---	--

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por Medicare (exclusiones de Medicare)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de Medicare.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare bajo ninguna circunstancia o que están cubiertos por Medicare. sólo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de urgencias, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no los cubrirá. La única excepción es si se apela el servicio y, tras la apelación, se decide que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3).

Cirugía o procedimientos cosméticos	Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado. Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es un cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el	No cubierto bajo ninguna condición

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales	Puede estar cubierto por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan
Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original ha determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.	(Vaya al Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Tarifas cobradas por la atención brindada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición
Atención dental no rutinaria	La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención ambulatoria o hospitalaria.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.	Zapatos que forman parte de una ortesis de pierna y están incluidos en el costo de la ortesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético .
Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierto solo cuando sea médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta	No cubierto bajo ninguna condición

Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)

Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para baja visión	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implante una lente intraocular.
Cuidado rutinario de los pies	Se proporciona cierta cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes)
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5:

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

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

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Dado que está en el programa de Ayuda Adicional, es posible **que parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponda** . Le enviamos un folleto aparte, llamado *Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos Recetados* (también conocido como *Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Anexo LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el *Anexo LIS* . (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid (consulte la sección 6 del capítulo 2 para obtener información de contacto).

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Debe contar con un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que recete medicamentos) que le escriba una receta que sea válida según la ley estatal aplicable.
- Su médico no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (vaya a la Sección 2 o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan).

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

- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para suministrarle sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos de la Parte D incluidos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red**Encuentre una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/medicare) y/o llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Usted puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Si su farmacia sale de la red

Si la farmacia que usa deja de pertenecer a la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o utilice el *Directorio de Farmacias* . También puede encontrar información en nuestro sitio web: www.communityhealthchoice.org/medicare .

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

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación con proveedores o capacitación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de Farmacias*. www.communityhealthchoice.org/medicare o llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos que se entregan por correo... Son medicamentos que usted toma regularmente para una condición médica crónica o de largo plazo.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro de hasta 90 días** en la mayoría de los niveles de medicamentos y **un suministro de hasta 100 días** en medicamentos de nivel 6.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo llenar sus recetas por correo, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Miembro al 1-833-276-8306 (TTY 711).

Por lo general, un pedido de farmacia por correo le llegará en un plazo máximo de 14 días. Si su pedido se retrasa, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda.

La farmacia recibe las nuevas recetas directamente del consultorio de su médico. Una vez que la farmacia recibe una receta de un profesional de la salud, se pondrá en

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

contacto con usted para determinar si desea surtir el medicamento inmediatamente o más tarde. Es importante responder cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted para informarles si deben enviar, retrasar o suspender la nueva receta.

Resurtidos de recetas por correo. Para resurtidos, contacte a su farmacia al menos 15 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido llegue a tiempo.

Si recibe automáticamente por correo una recarga que no desea, es posible que tenga derecho a un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Al obtener un suministro a largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias*. En www.communityhealthchoice.org/medicare encontrará información sobre las farmacias de nuestra red que pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Generalmente, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. **Consulte primero con el Servicio de Atención al Cliente al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red dentro de una distancia de manejo razonable que brinde servicio las 24 horas.

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

- Si está intentando surtir un medicamento recetado que no se encuentra regularmente disponible en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red accesible (incluidos medicamentos de alto costo y únicos).
- Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de servicio del Plan, y se enferma o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si sigue todas las demás reglas de cobertura identificadas en este documento y el Formulario y no hay una farmacia de la red disponible.
- Durante cualquier declaración federal de desastre u otra declaración de emergencia de salud pública en la que los afiliados a la Parte D sean evacuados o desplazados de su lugar de residencia y no se pueda esperar razonablemente que obtengan los medicamentos cubiertos de la Parte D en una farmacia de la red. Además, en circunstancias en las que los canales de distribución normales no estén disponibles.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de su parte habitual del costo) al surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

Nuestro plan cuenta con una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos Lista de Medicamentos**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este.

La Lista de Medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid (consulte la sección 6 del Capítulo 2 para obtener información de contacto).

Generalmente cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan siempre que cumpla con las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso

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

del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento *que* :

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la condición para la que se prescribe, o
- Con el respaldo de ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

La lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos comunes. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico de marca o original y suelen ser más económicos. Existen sustitutos genéricos para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la legislación estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son más económicos que los de receta y funcionan igual de bien. Para más información, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con la Comisión de Salud y

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

Servicios Humanos de Texas para obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid (consulte la sección 6 del capítulo 2 para obtener información de contacto).

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra Lista de Medicamentos. (Para más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Seis (6) niveles de costo compartido para los medicamentos en la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1: Los medicamentos genéricos preferidos son el nivel más bajo
- Nivel 2 - Medicamentos genéricos
- Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4 - Medicamentos no preferidos, incluye medicamentos genéricos y de marca
- Nivel 5 - Nivel de especialidad, incluye medicamentos genéricos y de marca
- Nivel 6 - Medicamentos de atención selecta, incluye medicamentos genéricos y de marca

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, consúltelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

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

Sección 3.3 Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.communityhealthchoice.org/medicare). La lista de medicamentos en el sitio web siempre está actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o solicitar una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (www.communityhealthchoice.org/medicare Para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos, obtener un estimado de lo que pagará y ver si existen medicamentos alternativos que puedan tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarles a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

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

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un mismo medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la potencia, la cantidad o la presentación recetada por su profesional de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una dosis al día frente a 2 dosis al día; tableta frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre cómo usted o su proveedor pueden obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que eliminemos la restricción, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos una excepción.** Es posible que aceptemos o no eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrirlo. Esto se denomina **autorización previa** . Esta medida se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Puede obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/medicare .

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de efectivos, antes de que nuestro plan cubra otro. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, nuestro plan podría exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada** . Puede obtener los criterios de terapia escalonada de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/medicare .

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar, no está en nuestra Lista de Medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay opciones sobre lo que puede hacer:

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

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

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan** O **ahora debe estar restringido de alguna manera** .

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante el primer **90 días** de tu membresía en nuestro plan .
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.

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

- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta es para menos días, le permitiremos surtir varios medicamentos para un máximo de 30 días. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar el desperdicio).
- **Para miembros que han estado en nuestro plan por más de 90 días Si vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro inmediato,** cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento específico, o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Para miembros actuales con cambios en el nivel de atención:
 - Es posible que se produzcan transiciones imprevistas, como altas hospitalarias o cambios en el nivel de atención, mientras esté afiliado a nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o si su acceso a los medicamentos es limitado, deberá utilizar el proceso de excepción del plan. Puede solicitar un suministro temporal único de al menos 30 días para tener tiempo de hablar con su médico sobre un tratamiento alternativo o para solicitar una excepción a la lista de medicamentos (formulario). Si su médico le receta menos días, puede resurtir el medicamento hasta que haya recibido un suministro de al menos 30 días.
 - Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Mientras use un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote. Tiene dos opciones:

Opción 1. Puedes cambiar a otro medicamento

Hablar Consulte con su proveedor sobre si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría ser igual de efectivo para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY: 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda serle útil.

Opción 2. Puedes solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan una excepción y cubrir el medicamento de la forma que usted desee. Si su proveedor indica que tiene razones médicas que justifican una excepción, puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede

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

solicitar que nuestro plan cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos. O puede solicitar una excepción y cubrir el medicamento sin restricciones.

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

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, aquí hay cosas que puede hacer:

Puedes cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente con un nivel de costo compartido más bajo que podría ser igual de efectivo para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser efectivo para usted.

Puedes solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que pague menos. Si su proveedor... dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

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

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos .**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo .**

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

- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento .**
- **Reemplazar un medicamento de marca con una versión genérica del medicamento.**
- Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea con regularidad. En ocasiones, recibirá una notificación directa si se realizaron cambios . una droga que tomas

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios inmediatamente a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, trasladarlo a un nivel diferente de costo compartido, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior. en el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y notificarle posteriormente, incluso si toma el medicamento que retiramos o modificamos. Si toma el mismo medicamento al momento del cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos .**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar, trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión

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

del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior. con las mismas o menos restricciones.

- Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un Recarga para 30 días de la versión del medicamento que estás tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.**
 - En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por alguna otra razón. En tal caso, podríamos retirarlo inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si ya lo está tomando, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos.**
 - Es posible que realicemos otros cambios una vez comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, Nos basamos en las advertencias destacadas de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que toma.

Si realizamos alguno de estos cambios en los medicamentos que toma, hable con su médico sobre las opciones más adecuadas para usted, incluyendo cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección, o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con cualquier nueva restricción en el medicamento que está tomando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que está tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podríamos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no le aplicará si ya está tomando el medicamento al momento del cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo.

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

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

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto .
- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre con un medicamento que usted toma (excepto el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente .

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos medicamentos recetados están *excluidos* . Esto significa que Medicare no los cubre.

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

A continuación se presentan tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no cubre el uso *no autorizado* de un medicamento cuando este no está respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso *no autorizado* es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta, según lo aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, es posible que algunos de estos medicamentos estén cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid. Comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid (consulte la sección 6 del capítulo 2 para obtener información de contacto).

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

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- con receta , excepto vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante exige que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren únicamente al fabricante como condición de venta

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus recetas médicas, esta no cubrirá los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid podría cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que se puede encontrar en su tarjeta de membresía en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan por nuestros medicamentos). Parte del costo de su medicamento. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger su receta.

Si no tiene consigo la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción a nuestro plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta al recogerla** . En ese caso, puede **solicitar un reembolso** . Para nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, Generalmente, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su hospitalización. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que cumplan con todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

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

Consulte su *directorio de farmacias* Visite www.communityhealthchoice.org/medicare para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo (o la que utiliza) forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidados a largo plazo.

Si reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera, vaya a la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.4 Si está en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en el hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, antieméticos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que receta o de su proveedor de hospicio indicando que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de hospicio o al médico que receta que le notifique antes de surtir su receta.

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

En caso de que revoque su elección de hospicio o Si recibe el alta de cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos según lo explicado en este documento. Para evitar demoras en la farmacia al finalizar su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos

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

Revisamos cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros periódicamente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que eres alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

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

Sección 10.1 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de forma segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de abuso frecuente. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (PMD). Si usa opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha sufrido una sobredosis reciente de opioides, podríamos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea adecuado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si determinamos que su uso de opioides o benzodiazepinas recetados podría no ser seguro, podríamos limitar su acceso a dichos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro PMD, las limitaciones podrían ser:

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

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en una o más farmacias determinadas
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepínicos de un médico o médicos específicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepínicos que cubriremos para usted

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

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

Sección 10.2 Programa de Gestión de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a gestionar los medicamentos

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

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de los medicamentos o que están en un plan de gestión de medicamentos (DMP) para ayudarlos a usar opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir

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

para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la cantidad que toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es recomendable hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a urgencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenoslo y lo daremos de baja. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, usamos "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas debe seguir al obtenerlos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando utiliza la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos (www.communityhealthchoice.org/medicare), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información proporcionada en la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" llamando a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe la Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Dado que tiene la Ayuda Adicional, esta *Evidencia de Cobertura incluye información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D. Puede que no le aplique*. Le enviamos un folleto aparte, llamado *Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para el Pago de Medicamentos Recetados* (también conocido como *Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Anexo LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el *Anexo LIS* .

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos de bolsillo por medicamentos cubiertos por la Parte D que se le puede solicitar que pague:

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

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

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no. Estos gastos se contabilizan en sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo.

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado para sus medicamentos mediante Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Pasando a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2,100 en costos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasa de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

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

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo.

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, Compensación para Trabajadores)
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos bajo el Programa de Descuento para Fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de sus costos totales de desembolso personal

- La *Explicación de Beneficios* (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,100 , la *EOB de la Parte D* le informará que abandonó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria** . Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para garantizar que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Community DualCare Access (HMO D-SNP)

Hay **dos etapas de pago** para su cobertura de medicamentos bajo Community DualCare Access (HMO D-SNP) . El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se

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

encuentre. Obtiene o renueva su receta. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapas 1: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 Su Explicación de beneficios de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro del costo de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza al obtenerlos en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo pasa de una etapa de pago a la siguiente. Registramos dos tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** es el monto que usted pagó. Esto incluye lo que pagó al obtener un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D. Esta Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios de precio desde el primer surtido para cada receta de la misma cantidad.

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

- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de los costos y pagos de sus medicamentos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos qué recetas surte y cuánto paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** En ocasiones, podría pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debería denos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros realizan por usted.** Los pagos de ciertas personas y organizaciones también se contabilizan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y organizaciones benéficas se contabilizan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.

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

- **Revise el informe escrito que le enviamos .** Cuando reciba la *explicación de beneficios de la Parte D* , revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Conserve estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Community DualCare Access (HMO D-SNP)

No hay deducible para Community DualCare Access (HMO D-SNP) . Comienza en la Etapa de Cobertura Inicial al surtir su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta.

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la suya (su copago o coaseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

Nuestro plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

- Nivel 1: Los medicamentos genéricos preferidos son el nivel más bajo
- Nivel 2 - Medicamentos genéricos
- Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4 - Medicamentos no preferidos, incluye medicamentos genéricos y de marca
- Nivel 5 - Nivel de especialidad, incluye medicamentos genéricos y de marca
- Nivel 6 - Medicamentos de atención selecta, incluye medicamentos genéricos y de marca

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

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que pagas por un medicamento depende de si lo obtienes de:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia fuera de la red de nuestro plan. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en casos limitados. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias de nuestro plan* www.communityhealthchoice.org/medicare.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D**Sus costos por un suministro *de un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D**

Nivel 1 de costos compartidos	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Genérico preferido				
Nivel 2 de costos compartidos	Genérico: \$0 copago; o Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%	Genérico: \$0 copago; o Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%	Genérico: \$0 copago; o Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%	Genérico: \$0 copago; o Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%
Genérico				
Nivel 3 de costos compartidos	Marca y otros : \$0 copago; o Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%	Marca y otros : \$0 copago; o Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%	Marca y otros : \$0 copago; o Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%	Marca y otros : \$0 copago; o Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%
Marca preferida				

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

Nivel 4 de costos compartidos	Genérico: \$0 copago; o Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%	Genérico: \$0 copago; o Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%	Genérico: \$0 copago; o Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%	Genérico: \$0 copago; o Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%
Medicamento no preferido	Marca y otros : \$0 copago; o Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%	Marca y otros : \$0 copago; o Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%	Marca y otros : \$0 copago; o Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%	Marca y otros : \$0 copago; o Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%
Nivel 5 de costos compartidos	Genérico: \$0 copago; o Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%	Genérico: \$0 copago; o Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%	Genérico: \$0 copago; o Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%	Genérico: \$0 copago; o Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%
Nivel de especialidad	Marca y otros : \$0 copago; o Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%	Marca y otros : \$0 copago; o Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%	Marca y otros : \$0 copago; o Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%	Marca y otros : \$0 copago; o Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%

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

Nivel 6 de costos compartidos	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Medicamentos Select Care				

Vaya a la Sección 8 para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes.

Normalmente, el precio de un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen que tenga menos de un mes de suministro (por ejemplo, si está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un mes de suministro si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

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

- Si usted es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por los días que recibe, en lugar de un mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de costo compartido) y lo multiplicamos por la cantidad de días que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días para la mayoría de los niveles, 100 días para el Nivel 6) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días para la mayoría de los niveles y de 100 días para el Nivel 6 .

Sus costos a largo plazo (hasta 90 días, 100 días para el Nivel 6) suministro de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel 1 de costos compartidos	\$0 copago	\$0 copago
Genérico preferido		
Nivel 2 de costos compartidos	Genérico:	Genérico:
	\$0 copago; o	\$0 copago; o
Genérico	Copago de \$1.60; o	Copago de \$1.60; o
	\$5.10 de copago; o	\$5.10 de copago; o
	Coaseguro del 25%	Coaseguro del 25%

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

Nivel 3 de costos compartidos	Marca y otros : \$0 copago; o	Marca y otros : \$0 copago; o
Marca preferida	Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%	Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%
Nivel 4 de costos compartidos	Genérico: \$0 copago; o	Genérico: \$0 copago; o
Medicamento no preferido	Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%	Copago de \$1.60; o \$5.10 de copago; o Coaseguro del 25%
	Marca y otros : \$0 copago; o	Marca y otros : \$0 copago; o
	Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%	Copago de \$4.90; o \$12.65 de copago; o Coaseguro del 25%
Nivel 5 de costos compartidos	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5	No hay un suministro a largo plazo disponible para medicamentos del Nivel 5
Nivel de especialidad		
Nivel 6 de costos compartidos	\$0 copago	\$0 copago
Medicamentos Select Care (suministro de hasta 100 días)		

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

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen los \$2,100

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$2,100 . Luego, pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

El *EOB de la Parte D* que recibe le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, nuestro plan y Cualquier tercero que haya gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,100 en un año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa La etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan los \$2,100 Límite para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por su Parte D cubierta.

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Aviso importante sobre el costo de las vacunas : Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos de cada vacuna.

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

- La primera parte es el coste de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte corresponde al costo de **administrarle la vacuna** . (A esto a veces se le llama administración de la vacuna).

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

Sus costos Para una vacuna de la Parte D dependen tres cosas:

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

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no tienen ningún costo.

2. Dónde te pones la vacuna.

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

3. ¿Quién le administra la vacuna?

- Un farmacéutico u otro profesional sanitario puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un profesional sanitario puede administrarla en el consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y en qué **etapa de pago del medicamento** se encuentre.

- Al vacunarse, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna y el costo de la administración de la misma. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total.
- Otras veces, cuando recibes una vacuna, solo pagas tu parte del costo según tu beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagas nada.

A continuación se muestran 3 ejemplos de formas en las que puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibes la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Tener esta opción depende de dónde vivas. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro o copago para la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.

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

- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibes la vacuna de la Parte D en el consultorio de tu médico.

- Cuando recibe la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrársela.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe total pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe pagado menos cualquier coaseguro o copago por la vacuna (incluida la administración) y menos cualquier diferencia entre el precio que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos del Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el importe total pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe pagado menos cualquier coaseguro por la administración de la vacuna y la diferencia entre lo que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Nuestros proveedores de la red facturan directamente a nuestro plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenosla para que podamos pagarla. Al enviarnos la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede solicitarle un reembolso (a esto se le suele llamar "**reembolso**"). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el dinero siempre que haya pagado más de lo que le corresponde por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir con plazos para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos el dinero por los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un monto superior al que le corresponde. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagar, le notificaremos. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, aún tiene derecho a recibir tratamiento.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitar a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que recibió:

1. Cuando llegaste Atención médica de emergencia o urgentemente necesaria de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

- Puede obtener servicios de emergencia o urgencia de cualquier proveedor, independientemente de si forma parte de nuestra red o no . En estos casos, solicite al proveedor que facture a nuestro plan.
- Si paga el importe total al recibir la atención, solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe . Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó más de su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de red siempre deben facturar directamente a nuestro plan. Sin embargo, a veces cometen errores y te piden que pagues por tus servicios.

- Cuando reciba una factura de un proveedor de red, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago realizado. Solicite el reembolso de los servicios cubiertos.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo alguno de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos un reembolso. Debe presentar la documentación, como recibos y facturas, para que podamos gestionar el reembolso.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que no puedan presentarnos la reclamación directamente. En ese caso, deberá pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. Por nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene consigo nuestra tarjeta de membresía del plan

Si no tiene la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta.

Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

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

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

- la Lista de Medicamentos de nuestro plan o que tenga un requisito o restricción que desconocía o que no le corresponde. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, podríamos necesitar más información de su médico para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 **Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió**

Puede solicitarnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si la envía por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago realizado. Le recomendamos hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe presentar su reclamación en un plazo de 12 meses.** de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/medicare) o llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y soliciten el formulario.]

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

Solicitud de pago de reclamaciones
Apartado postal 301404
Houston, Texas 77230-1404

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

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

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total (por ejemplo, si lo adquirió en una

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que el precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no están* cubiertos, o si usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Al presentar una apelación, nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluyendo a quienes tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o personas de diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle materiales en otros idiomas, como español y braille, en letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno si lo necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que le resulte conveniente, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si no hay proveedores disponibles para una especialidad en la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde obtener este servicio con el costo compartido dentro de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Community DualCare Access (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (TTY 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una maneras que mar conveniente para usted y compatible con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitada, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. A parte del inglés, también disponemos de contenido para usted en otros idiomas hablados comúnmente en el área de servicio del plan. De ser necesario, también podemos brindarle información en audio, braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a ofrecerle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted . Para obtener información de parte de nosotros en un formato que le sea conveniente, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de tener acceso directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informe dónde acudir para obtener ese servicio con los costos de gastos compartidos dentro de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, por favor llame a presentar una queja con Community DualCare Access (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (TTY 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para que le brinde y gestione sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión. No es necesario que obtenga remisiones para consultar a... proveedores de red.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en un plazo razonable* . Esto incluye el derecho a recibir atención oportuna de especialistas cuando la necesite. También tiene derecho a surtir o renovar sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras.

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

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Salvo las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le brinde ni pague su atención, *primero*

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.

- Existen ciertas excepciones que no requieren su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluyendo información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única .

Podrás ver la información de tus registros y saber cómo se ha compartido con otros.

Tiene derecho a consultar su historial médico en nuestro plan y a obtener una copia. Podemos cobrarle por las copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a su historial médico. Si nos lo solicita, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede encontrar información adicional sobre la política de privacidad de Community DualCare Access (HMO D-SNP) en www.communityhealthchoice.org/en-us/privacy-statement/.

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Community DualCare Access (HMO D-SNP) , usted tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre nuestro plan .** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores de red y Farmacias.** Tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo les pagamos .
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al usarla.** Los capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué un servicio médico no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que modifiquemos una decisión, también conocida como apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención.

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros profesionales de la salud. Sus profesionales deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de forma que usted pueda comprenderlas .*

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre el tratamiento más adecuado para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan . Esto también incluye recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su atención médica. Debe ser informado con antelación si algún tratamiento o atención médica propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental .
- **El derecho a decir "no " .** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico,

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

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

A veces, las personas se ven incapaces de tomar decisiones sobre su salud debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

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

Los documentos legales que se pueden utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Documentos como un **testamento vital** y un **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Consigue un formulario.** Puedes obtener un anticipo. Formulario de directiva de su abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.
- **Llene el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde lo obtenga, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia a su médico y a la persona que usted indique en el formulario, quien podrá tomar decisiones por usted si usted no puede. También puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital**.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Completar una directiva anticipada es su decisión (incluso si desea firmarla si está hospitalizado). Según la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarle por haber firmado o no una directiva anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones, puede presentar una queja ante la Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas . Consulte la sección 6 del capítulo 2 para obtener información de contacto.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos.

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

Sección 1.7 Si cree que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos

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

Si crees que te han tratado injustamente o que no se han respetado tus derechos y *no* se trata de discriminación, puedes obtener ayuda para lidiar con el problema que tienes en estos lugares:

- **Llame a los Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-252-9240

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Llame a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas o a la Oficina del Ombudsman de Salud y Servicios Humanos de Texas .** Para más información, consulte el Capítulo 2, Sección 6.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-252-9240
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: [Derechos y protecciones de Medicare](#))
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se detallan los pasos que debe seguir como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos .** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer qué está cubierto y las normas que debe seguir para obtenerlos.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o de medicamentos además de nuestro plan, debe informarnos.** El capítulo 1 le informa sobre cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
 - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúen de forma que contribuyan al buen funcionamiento de su consultorio médico, hospitales y demás consultorios.
- **Pague lo que debe .** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el medicamento.
- **Si se muda *dentro del área de servicio de nuestro plan* , necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera del área de servicio de nuestro plan* , no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

CAPÍTULO 9:

Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

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

1. Si su problema se relaciona con los beneficios de **Medicare** o **Medicaid**, si necesita ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare, el de Medicaid o ambos, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. El tipo de problema que tienes:
 - Para algunos problemas, es necesario utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, es necesario utilizar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas reclamos).

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

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las

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

personas. Para facilitar la tarea, este capítulo utiliza términos más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos usar para obtener la ayuda o información adecuadas, incluimos estos términos legales al brindar detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (usuarios TTY: 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también necesite ayuda u orientación de alguien ajeno a nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

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

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe seguir para abordar su problema. También pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Comuníquese con el Programa de Información, Consejería y Defensa de la Salud (HICAP) al 1-800-255-1090 . Consulte el Capítulo 2 para obtener más información.

Seguro médico del estado

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visita www.Medicare.gov.

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Consulte el Capítulo 2 para conocer los contactos de Medicaid.

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema?

Dado que tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede usar diferentes procesos para gestionar su problema o queja. El proceso que use dependerá de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto por Medicare, utilice el proceso de Medicare. Si su problema se relaciona con un beneficio cubierto por Medicaid, utilice el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Los procesos de Medicare y Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, consulte la tabla a continuación.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o de Medicaid?

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

Vaya a **la Sección 4, Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.**

Mi problema es acerca de Cobertura **de Medicaid** .

Vaya a **la Sección 12 , Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid.**

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

SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

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

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

Sí.

Vaya a **la Sección 5, Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza para cuestiones como si un servicio está cubierto o no y cómo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibieron una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* aclare que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico

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

no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en que se desestimará una solicitud incluyen si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos una notificación explicando el motivo de la desestimación y cómo solicitar una revisión.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que determinamos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación acelerada o rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es tramitada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos las reglas correctamente. Al finalizar la revisión, le damos... Tú eres nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en que se desestimará una solicitud incluyen si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación explicando el motivo de la desestimación y cómo solicitar una revisión de la misma.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente no vinculada con nosotros.

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a **la Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7.

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

Sección 5.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario *Designación de Representante* (también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web: www.communityhealthchoice.org/medicare).
 - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta medicamentos puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta medicamentos puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante y así solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al

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

711) y solicite el formulario *de Designación de Representante* . (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web:

www.communityhealthchoice.org/medicare). Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podremos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede contactar a su propio abogado o solicitar el nombre de uno en su colegio de abogados local u otro servicio de referencia . Hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. A continuación, se detallan cada una de ellas:

- **Sección 6:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital si cree que le darán el alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios* : atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF))

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o desea que le reembolsemos el costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos . En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero le dijimos que no la pagaríamos. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir y desea solicitarle un reembolso. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted cree que dicha reducción o suspensión podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

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

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

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: Decide si necesitas una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios, o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida de cobertura generalmente se toma en 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si usar los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para recuperar sus funciones.

Si su médico nos dice que su salud requiere una cobertura rápida decisión, aceptaremos automáticamente brindarle una cobertura rápida decisión.

Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que se la demos . Si no la aprobamos, le enviaremos una carta que:

- Explica que utilizaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida , automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida .
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2 : Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

Paso 3 : Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de un artículo o servicio médico sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario. Después de recibir su solicitud. Si solicita un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a su recepción.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* demorarnos más, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al de las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Para tomar decisiones de cobertura rápidas utilizamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, responderemos en 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** . Si nos tomamos más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* demorarnos más, puede presentar una *queja rápida* . (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una declaración escrita explicando por qué dijimos que no.

Paso 4 : Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

Si rechazamos la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura médica que desea. Si presenta una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración del plan**.

Una apelación rápida también se denomina reconsideración **acelerada**.

Paso 1: Decide si necesitas una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de su atención médica, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitarla llamándonos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de buena causa pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.

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

- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden Agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3 : Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Al revisar su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas al rechazar su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y podremos comunicarnos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación** . Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del plazo extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido , le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

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

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico . Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* demorarnos más, puede presentar una queja rápida. Al presentar una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre quejas).
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al finalizar el plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente la revisará. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación** , enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare** . No tiene relación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente** . **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente** .
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Si tuviste una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrás una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, el La organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales** . La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a su recepción. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a su recepción.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales** . La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de la misma.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de **las 72 horas** o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario. Tras recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar** . Para **las solicitudes aceleradas** , disponemos de **72 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

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

- **Si la organización de revisión independiente aprueba total o parcialmente una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizarlo o proporcionarlo dentro de **las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar**. Para **las solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente rechaza total o parcialmente su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explica la decisión.
 - informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcanza un mínimo determinado. La notificación por escrito que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará el monto que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
 - explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos solicita que le reembolsemos el dinero una factura que recibió por atención médica

No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por *Servicios y artículos cubiertos* por Medicaid : envíenos la factura. **No pague la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las normas para obtener el servicio o artículo.

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

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación solicitando un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si cumplió con las normas para el uso de su cobertura médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago correspondiente, generalmente en un plazo de 30 días naturales, pero a más tardar 60 días naturales después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o no *cumplió* con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago, **puede presentar una apelación**. Al hacerlo, nos solicita que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación descrito en la Sección 6.3.

Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario siguientes a la recepción de su apelación. Si nos solicita el reembolso de la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación acelerada.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada.

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

(Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos "*medicamento*" en el resto de esta sección, en lugar de repetir siempre "*medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto*" o "*medicamento de la Parte D*". También usamos el término "Lista de Medicamentos" en lugar de "*Lista de Medicamentos Cubiertos*" o "formulario".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de un medicamento de nuestro plan (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar un pago menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la preaprobación de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicite el reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

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

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Solicitud de una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción de niveles**.

Si un medicamento no está cubierto como usted desea, puede solicitarnos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que le receta medicamentos deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se presentan tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que le receta medicamentos pueden solicitar:

- 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar una excepción al costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será su parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.

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

- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que receta medicamentos debe proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta medicamentos al solicitar la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el que solicita y no causara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente no lo haremos. Aprobar su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente no la aprobaremos a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel de costo compartido más bajo no le resulten tan eficaces o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir sí o no a su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es así siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos que no a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal :

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

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

Paso 1: Decide si necesitas una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de **las 72 horas** posteriores a la recepción del informe médico. **Las decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de **las 24 horas** posteriores a la recepción del informe médico.

Si tu salud lo requiere, solicítanos una decisión de cobertura rápida. A Para obtener una decisión de cobertura rápida , debe cumplir 2 requisitos:

- Debes estar solicitando un medicamento que aún no has adquirido . (No puedes solicitar una decisión de cobertura rápida para que te reembolsen un medicamento que ya has comprado).
- El uso de plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que le receta medicamentos nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida , automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida .**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o profesional de la salud, decidiremos si su salud requiere que se la demos . Si no la aprobamos , le enviaremos una carta que:**
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otro médico que le receta medicamentos solicita una decisión de cobertura rápida , automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida .
 - explicamos cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la que solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas siguientes a su recepción.

Paso 2 : Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluyendo las solicitudes presentadas mediante el *Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS* o el formulario de nuestro plan, disponibles en nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/medicare . El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que indique qué reclamación denegada está apelando.

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

Usted, su médico (u otro médico que le recete medicamentos) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la justificación** médica que la justifica. Su médico o profesional que le receta medicamentos puede enviarnos la declaración por fax o correo postal. También puede informarnos por teléfono y, si es necesario, enviar una declaración por fax o correo postal.

Paso 3 : Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a que recibamos su solicitud.
 - En caso de excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su solicitud.
 - En caso de excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

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

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos **brindarle la cobertura** que acordamos **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** siguientes a que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario siguientes a que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4 : Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.

Una apelación rápida se llama **redeterminación acelerada**.

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

Paso 1: Decide si necesitas una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días naturales. Una apelación rápida suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que le recetará medicamentos deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2 : Usted, su representante, médico u otro prescriptor debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al (1-833-276-8306).** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo las presentadas mediante el *Formulario Modelo de Solicitud de Redeterminación de los CMS*, disponible en nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/medicare. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para facilitarnos el trámite.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de buena causa pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

Paso 3 : Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Al revisar su apelación, revisamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas al rechazar su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que le receta medicamentos para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación** . Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindarle la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar por un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días naturales, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicitó**, debemos brindarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó** , le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** siguientes a que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, Estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días calendario siguientes a que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4 : Si respondemos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.

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

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **de riesgo** bajo nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la entidad de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina **expediente**. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente**.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente acepta brindarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha adquirido. Si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos **brindarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

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

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que no a su apelación?

Si la organización de revisión independiente rechaza total o parcialmente su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (total o parcialmente). (Esto se denomina **confirmar la decisión** . También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4 : Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 explica el proceso de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

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

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día de su alta. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de su alta.

- El día en que usted sale del hospital se llama **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán. tú.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos.

Dentro de los 2 días calendario posteriores a su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito llamado "*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*". Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso atentamente y pregunte si no lo entiende. Le informa:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Tiene derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar un aplazamiento de su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

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

2. Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso *solo demuestra* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no implica** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita .

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta.
- Para consultar una copia de este aviso con antelación, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im .

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Para solicitar que cubramos sus servicios de hospitalización por un período más largo, utilice el proceso de apelaciones. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso**
- **Cumplir con los plazos**
- **Solicite ayuda si la necesita** . Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Comuníquese con SHIP al Programa de Información, Asesoría y Defensa de la Salud (HICAP) al 1-800-252-9240 . La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la

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

atención médica para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puedo contactar con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúa rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad *antes de* salir del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.**
 - **Si cumple con este plazo,** puede permanecer en el hospital *después de* su fecha de alta *sin pagar* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - **Si no lo haces Si cumple con este plazo, contáctenos.** Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de dicha fecha.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Al mediodía del día siguiente a la fecha de contacto, le enviaremos un **Aviso Detallado de Alta** . Este aviso indica su fecha de alta prevista y explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im .

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

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

- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores nos informaran sobre su apelación, recibirá una notificación por escrito con la fecha de alta prevista. Esta notificación también... explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente dice *que sí*, **debemos seguir brindándole su cobertura de hospitalización. servicios hospitalarios durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, podría haber limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente dice que *no*, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para su hospitalización... Los servicios hospitalarios finalizarán** al mediodía del día siguiente a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza *su* apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación y usted permanece hospitalizado después de su fecha de alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

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

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención .

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a examinar con atención toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindándole cobertura. para su paciente hospitalizado atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario .**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

Paso 4: Si la respuesta es no, debes decidir si deseas continuar con tu apelación pasando al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la tramita un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto

Cuando te estás cubriendo **servicios de salud a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación ambulatoria)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención, debemos informarle con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagarla*.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal:

Aviso de No Cobertura de Medicare. Le informa cómo solicitar una **apelación acelerada**. Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le indicará:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención médica durante un período de tiempo más largo.

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

1. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo demuestra* que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención médica por un período más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso**
- **Cumplir con los plazos**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Comuníquese con SHIP al Programa de Información, Asesoría y Defensa de la Salud (HICAP) al 1-800-252-9240. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una Apelación de Nivel 1: La Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una apelación acelerada. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puedo contactar con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Aviso de No Cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien, puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúa rápidamente:

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

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del *Aviso de No Cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el Aviso de No Cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado también se encuentran en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que detalla los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les proporcione nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nosotros la *Explicación detallada de no cobertura* que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores responden *afirmativamente* a su apelación, entonces **debemos seguir brindándole el servicio cubierto durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en los servicios cubiertos.

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

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que *no*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica domiciliaria, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios del Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después de* esta fecha cuando finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores responden que *no* a su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención médica después de que su cobertura haya finalizado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, podría tener que pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) *después de* la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** siguientes a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención médica después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a examinar con atención toda la información relacionada con su apelación.

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

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. **Debemos seguir brindándole cobertura.** para el cuidado durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es gestionado por un Juez Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica con más detalle los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, podrá presentar apelaciones adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los dos primeros. A continuación, se detalla quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador** que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez Administrativo o el abogado adjudicador aprueba su apelación, el proceso de apelación *podría concluir o no*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, se procederá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos adjuntos. Podríamos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador dice que *no* a su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no* terminar.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *podría concluir o no*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.

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

- Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no terminar .**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten presentar una apelación de Nivel 5 y cómo proceder con ella.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud es *válida* o *no* . Esta es una decisión definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un monto determinado, podría acceder a niveles adicionales de apelación. Si el monto es inferior , no podrá apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los dos primeros. A continuación, se detalla quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal El gobierno revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación finaliza . Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Juez Administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones**

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

aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir la decisión.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador dice que no a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten presentar una apelación de Nivel 5 y cómo proceder con ella.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud es *válida* o *no* . Esta es una decisión definitiva. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

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

Presentar quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de quejas ?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas . Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que gestiona el proceso de quejas.

Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respetando su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso contigo? • ¿No está satisfecho con nuestros servicios para miembros? • ¿Sientes que te están animando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que usted recibe de nosotros	• ¿No le dimos el aviso requerido ? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Este tipo de quejas se refieren a la <i>puntualidad</i>)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la

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

de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí tiene algunos ejemplos: • Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.
--	---

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

A la **queja** también se le llama **reclamación**.

Presentar una queja se llama **presentar una reclamación**.

El uso del proceso para presentar quejas se denomina **uso del proceso para presentar una reclamación**.

Una **queja rápida** se llama queja **acelerada**.

Paso 1: Contáctenos lo antes posible, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si la presenta por escrito, le responderemos por escrito.

Departamento de Mejora del Servicio
4888 Loop Central, Suite 600
Houston, Texas 77081

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

- La queja debe presentarse dentro de los sesenta (60) días posteriores al evento o incidente. Debemos completar la investigación de su queja tan pronto como su caso lo requiera, según su estado de salud, pero a más tardar treinta (30) días después de recibirla. Podemos extender el plazo para decidir sobre una queja hasta catorce (14) días si usted solicita la extensión o si justificamos la necesidad de información adicional y documentamos que la demora es en su mejor interés.
- Tiene derecho a presentar una queja acelerada siempre que decidamos no concederle la aceleración de su solicitud de un servicio o sus medicamentos, o su apelación de un servicio o sus medicamentos. También tiene derecho a presentar una queja acelerada si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo necesario para tomar una decisión sobre su solicitud de un servicio o su apelación de un servicio. En el caso de sus quejas aceleradas, debemos decidir dentro de las veinticuatro (24) horas si nuestra decisión de denegar o retrasar la toma de una decisión acelerada pone en riesgo su vida o salud, y entregarle la notificación a más tardar 24 horas después de recibirla. Cuando se requiera una notificación por escrito para quejas aceleradas, podemos proporcionar inicialmente una notificación verbal de nuestra decisión y debemos entregar una confirmación por escrito de nuestra decisión dentro de los 3 días calendario posteriores a la notificación verbal.
- Un aviso de resolución de quejas le brindará una explicación de nuestra investigación y le informará sobre cualquier opción de resolución de disputas que pueda tener.
- Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente de inmediato. Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema del que desea quejarse .
- El **plazo** para presentar una reclamación es de 60 días naturales desde el momento en que se produjo el problema sobre el que se desea reclamar.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta .

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora le conviene, o si solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días naturales adicionales (44 días naturales en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de decisión rápida de cobertura o apelación rápida, le daremos automáticamente una queja rápida.** Esto significa que le daremos **una respuesta en 24 horas** .

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

- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema sobre el cual se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad

Cuando su queja sea sobre *la calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad**. Esta organización es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización de Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo**.

Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Community DualCare Access (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Problemas con sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Como tiene Medicaid, tiene derecho a apelaciones y quejas relacionadas con los beneficios cubiertos por Medicaid. Si necesita ayuda o tiene algún problema con un servicio cubierto por Medicaid, consulte su Manual de Medicaid o comuníquese con su plan de salud de Medicaid.

También puede llamar a nuestro Servicio de Atención al Miembro si necesita más información.

CAPÍTULO 10:

Finalización de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Community DualCare Access (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Podrías abandonar nuestro plan Porque decides que *quieres* darte de baja. Las secciones 2 y 3 ofrecen información sobre cómo dar de baja tu membresía voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare solo pueden cancelar su membresía en ciertas épocas del año. Dado que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado,
- Medicare original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado (si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare y ya no recibe Ayuda Adicional, y no tiene cobertura de medicamentos válida durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Llame a la Oficina Estatal de Medicaid al 1-800-252-8263 para conocer sus opciones de plan de Medicaid.
- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de Inscripción Abierta**. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de Inscripción Abierta.
- **Su membresía generalmente termina el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese mismo día.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante este período, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- El **período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Puede optar por mantener su cobertura actual o modificarla para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado
 - Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y no tiene cobertura de medicamentos válida durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el período **Medicare Advantage Período de inscripción abierta** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho a la misma.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancele su suscripción a nuestro plan y obtenga cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare independiente al mismo tiempo.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en otro plan Medicare Advantage o a la recepción de su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, podría ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

Podría ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando te mudas
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
- Si violamos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)
- **Nota:** Si está en un programa de control de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos períodos de inscripción especiales. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de gestión de medicamentos.
- **Nota:** La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los plazos de inscripción varían según tu situación.

Para saber si cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si cumple los requisitos para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado,
- Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y no tiene cobertura de medicamentos válida durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de cobertura: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes siguiente a su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía puede:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encuentre la información en ***Medicare & You* Manual 2026**
- Llame **a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

Otro plan de salud de Medicare	• Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Community Health Choice (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare original con un plan de medicamentos de Medicare separado	• Inscribese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se le cancelará automáticamente su inscripción en Community Health Choice (HMO D-SNP) cuando comienza la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado

- **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar su baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Se le cancelará su inscripción en Community Health Choice (HMO D-SNP) cuándo comienza su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y no tiene cobertura de medicamentos válida durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, llame a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas en 1-800-252-8263 , TTY 711 , de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro . Pregunte cómo afecta la obtención de su cobertura de Medicaid el unirse a otro plan o regresar a Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de red para obtener atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o pedidos por correo Para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Community DualCare Access (HMO D-SNP) debe finalizar nuestra membresía del plan en determinadas situaciones

Community DualCare Access (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones :

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si estará fuera de nuestra área de servicio por más de 6 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra en el área de nuestro plan .
- Si usted es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otros seguros, tiene derecho a que le proporcionen cobertura de medicamentos.
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad, no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare.
- Si se comporta continuamente de forma disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).

Capítulo 10 Finalización de la membresía en nuestro plan

- Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podrá solicitar que el Inspector General investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Acceso a atención dual comunitaria (HMO D-SNP) No está permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debes hacer si esto sucede?

Si siente que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare. al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La principal ley aplicable a este documento *de Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo dicha ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, podrían aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde reside. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, comprobante de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el Artículo 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Community DualCare Access (HMO D-SNP) , como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la Parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

Centro Quirúrgico Ambulatorio – Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no exceda de 24 horas.

Apelación : Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Período de Beneficios : La forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finalice un período de beneficios, comienza uno nuevo. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico : medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las presentaciones alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “ **Producto biológico original** ” y “ **Biosimilar** ”).

Biosimilar : Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte la sección “ **Biosimilares intercambiables** ”).

Medicamento de marca : Un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y generalmente no están disponibles hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Capítulo 12 Definiciones

Etapas de Cobertura Catastrófica : Etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) : la agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales de Atención Crónica (C-SNP) – Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades crónicas y graves específicas.

Coseguro : monto que posiblemente deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Queja : El nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal** . El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas . Esto incluye problemas con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas. si nuestro plan no sigue los plazos en el proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) – Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: Cantidad que podría tener que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una consulta ambulatoria en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos : se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Nivel de costo compartido : Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

Capítulo 12 Definiciones

Determinación de cobertura – Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le informa que no está cubierta por nuestro plan, no se trata de una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Medicamentos cubiertos : término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos : término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados válida : Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Quienes tienen este tipo de cobertura al ser elegibles para Medicare generalmente pueden mantenerla sin pagar una multa si deciden inscribirse posteriormente en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados de custodia : Los cuidados de custodia son cuidados personales que se brindan en una residencia de ancianos, un hospicio u otro centro cuando no se necesita atención médica especializada ni de enfermería especializada. Estos cuidados, proporcionados por personas sin habilidades ni formación profesional, incluyen ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, desplazarse e ir al baño. También pueden incluir el tipo de atención médica que la mayoría de las personas se realizan por sí mismas, como la aplicación de gotas para los ojos. Medicare no cubre los cuidados de custodia.

Tarifa diaria de costo compartido : Esta tarifa puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. La tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre la cantidad de días del suministro mensual. Por ejemplo: si su copago para un suministro mensual de un medicamento es de \$30, y en nuestro plan el suministro mensual es de 30 días, su tarifa diaria de costo compartido es de \$1 por día.

Deducible – La cantidad que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Cancelación de la inscripción o Desafiliación : El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones

Tarifa de dispensación: tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Planes de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP): Los D-SNP inscriben a personas con derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren parte o la totalidad de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad : persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo Médico Duradero (EMD) : Cierta equipo médico que su médico le solicita por razones médicas. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia – A emergencia médica Se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia : servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación : este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción : Un tipo de decisión de cobertura que, de aprobarse, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (excepción al formulario) o un medicamento no preferido con un costo compartido más bajo (excepción por nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de obtener el que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (excepción al formulario).

Capítulo 12 Definiciones

Ayuda adicional : un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico : Un medicamento recetado aprobado por la FDA con el mismo principio activo que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que uno de marca y suele ser más económico.

Queja : Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no incluye disputas de cobertura ni de pago.

Asistente de salud a domicilio : persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de una enfermera o un terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Hospicio : Un beneficio que brinda tratamiento especial a un miembro con una enfermedad terminal certificada médicamente, es decir, con una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige hospicio y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estancia hospitalaria: una estadía en el hospital cuando Ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio.

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA) : Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, superan cierta cantidad, pagará la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial : esta es la etapa anterior a que sus costos de bolsillo para el año alcancen el monto límite de desembolso personal.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Capítulo 12 Definiciones

D-SNP Integrado : Un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad para beneficios completos.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (I-SNP) : Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a institucionales (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan de Necesidades Especiales Equivalente Institucional (IE-SNP) – Un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar Intercambiable : Un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos) : una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio para bajos ingresos (LIS) : vaya a Ayuda adicional.

Programa de Descuento de Fabricantes: Un programa mediante el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para los medicamentos de marca y biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de desembolso personal: el máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de las Partes A y B. Los montos que paga por las primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no se contabilizan para el monto máximo de desembolso personal. (**Nota**: Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo de desembolso personal).

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas

Capítulo 12 Definiciones

estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de formularios de hospitales estadounidenses y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Médicamente necesario : servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare : el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período comprendido entre el 1 de enero y marzo 31. Los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA) : A veces llamado Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan de Costos de Medicare : Un Plan de Costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos según la sección 1876(h) de la Ley.

Servicios cubiertos por Medicare : servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los

Capítulo 12 Definiciones

beneficios adicionales, como visión, atención dental o audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de Salud Medicare : Un plan de salud Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindar los beneficios de las Partes A y B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costo de Medicare, Planes para Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Piloto y Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos de Medicare (Medicare Parte D) : seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas, disponible para personas que cumplen ciertos requisitos o participan en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una consulta con un farmacéutico o profesional de la salud para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) : Seguro suplementario de Medicare ofrecido por aseguradoras privadas para cubrir *las carencias* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) : una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para miembros : un departamento dentro de nuestro plan Responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la Red : Una farmacia con contrato con nuestro plan donde los miembros pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la Red: El término "proveedor" se refiere a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y el estado para brindar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago completo y, en algunos casos, coordinar y brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Capítulo 12 Definiciones

Período de inscripción abierta: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Determinación de la Organización : Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por ellos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto Biológico Original – Un producto biológico aprobado por la FDA que sirve de referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare original (Medicare tradicional) o Medicare de pago por servicio (o Medicare Original) es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, según los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original consta de dos partes: la Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red : Un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a sus miembros. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, ni pertenecen ni están operados por nuestro plan.

Costos de bolsillo : Consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como requisito de costos de bolsillo del miembro.

Umbral de desembolso personal: el monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE : Un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de largo plazo (LTSS) para personas frágiles, a fin de ayudarles a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a

Capítulo 12 Definiciones

una residencia de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C – Ir al plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – El Programa de Beneficios Voluntarios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D : Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía a la Parte D : monto que se agrega a la prima mensual de su plan de cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (cobertura que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) : Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los afiliados por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del afiliado generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en los costos totales combinados de bolsillo por servicios de proveedores tanto de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima : Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por cobertura médica o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos – Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Médico de Atención Primaria (PCP) : El médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de atención primaria antes de consultar a cualquier otro profesional de la salud.

Capítulo 12 Definiciones

Autorización Previa : Aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se indican en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa se indican en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis : dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) : Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de Cantidad : Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido .

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real : Un portal o aplicación informática donde los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada sobre el formulario y sus beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición médica que un medicamento específico y restricciones de cobertura (Autorización Previa, Terapia Escalonada, Límites de Cantidad) que aplican a los medicamentos alternativos.

Referencia – Una orden escrita de su médico de cabecera para que usted visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no cubra los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación : estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio : Área geográfica donde debe residir para afiliarse a un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no urgentes). Nuestro plan debe cancelar su afiliación si se muda permanentemente fuera de su área de servicio.

Capítulo 12 Definiciones

Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación que se brindan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de estos servicios incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas, que solo pueden ser administradas por un enfermero titulado o un médico.

Plan de Necesidades Especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia escalonada : una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) – Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los del Seguro Social.

Servicios urgentemente necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia se considera urgente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

Servicios para miembros de Community DualCare Access (HMO D-SNP)

Llamar	1-833-276-8306 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m . Servicios para miembros 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
Teléfono de texto	<i>al 711</i> a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m .
Fax	1-713-295-7041
Escribir	Acceso a atención dual comunitaria (HMO D-SNP) Apartado postal 301413 Houston, Texas 77230-9920
Sitio web	www.communityhealthchoice.org/medicare

Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP)

El Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Llamar	1-800-252-9240
Teléfono de texto	711
Escribir	Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud (HICAP) Apartado postal 149104 Austin, Texas 7814-9030
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de divulgación de la PRA. Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

2026 EVIDENCIA DE COBERTURA

**Para los siguientes condados de Texas:
Chambers, Hardin, Jasper, Jefferson,
Liberty, Newton, Orange, Polk, San Jacinto,
Tyler y Walker.**

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

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