COMMUNITY DUALCARE ACCESS (HMO D-SNP)
PLANES 004, 006, & 007

2027
EVIDENCIA DE COBERTURA

Para los siguientes condados de Texas: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jasper, Jefferson, Liberty, Matagorda, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller y Wharton.

CommunityHealthChoice.org/Medicare
1.833.276.8306 o 713.295.5007 (TTY 711)

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

H9826_MK_10790_073026_C

COMMUNITY HEALTH CHOICE

1 de enero – 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

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

Este documento detalla su cobertura de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

Prima y costos compartidos de su plan
Sus beneficios médicos y de medicamentos
Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o trato.
Cómo contactarnos
Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame al Servicio de Atención al Cliente. Puede comunicarse al 1.833.276.8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención 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 en este Comprobante 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, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. ofrece asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como intérpretes de lengua de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio, llamando al Servicio de Atención al Cliente al número que aparece al final de esta página. Si solicita un idioma o formato preferido, lo guardaremos como solicitud permanente para futuras comunicaciones, de modo que no tendrá que repetir la solicitud cada vez. Puede cambiar su idioma o formato preferido en cualquier momento

comunicándose con el Servicio de Atención al Cliente al 1.833.276.8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención 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. Las llamadas al Servicio de Atención al Cliente son gratuitas.

Las prestaciones, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

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

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: Cómo empezar 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 Qué esperar al unirse por primera vez a nuestro plan 9

SECCIÓN 4 Materiales importantes para los miembros 10

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 12

SECCIÓN 6 Más información sobre la prima de su plan mensual 18

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado el registro de su membresía en el plan 18

SECCIÓN 8 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 21

SECCIÓN 1 Contactos de acceso a DualCare comunitario (HMO D-SNP) 21

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 24

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) 25

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad (QIO) 26

SECCIÓN 5 Seguridad Social 27

SECCIÓN 6 Medicaid 27

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados 29

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) 34

SECCIÓN 9 Seguro colectivo u otro seguro proporcionado por el empleador 35

CAPÍTULO 3: Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 36

SECCIÓN 1 36

Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 36

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios 38

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica 43

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos? 45

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 46
SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención médica no médica 48
SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos 49
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 50

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto) 53
SECCIÓN 1 Comprensión de los servicios cubiertos 53
SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos 54
SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera del acceso a la atención dual comunitaria (HMO D-SNP) 93
SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por Medicare (exclusiones de Medicare) 94

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 98
SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 98
SECCIÓN 2 Surta tu receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan 99
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan 102
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 105
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desea 106
SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año 109
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 112
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta médica 113
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 114
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y gestión de los mismos 115

CAPÍTULO 6: Lo que pagas por los medicamentos de la Parte D 118
SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 118
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros 120

SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra 121
SECCIÓN 4 No hay deducible para Community DualCare Access (HMO D-SNP) 123
SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial 123
SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica 129
SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 130

CAPÍTULO 7: Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 133

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos 133
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió 136
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no 136

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 138

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 138
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 145

CAPÍTULO 9: Si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 147

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud 147
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 148
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema 148
SECCIÓN 4 Cómo solucionar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 150
SECCIÓN 5 Guía para decisiones y apelaciones sobre cobertura 150
SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación 153
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 162
SECCIÓN 8 Cómo solicitar que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada si cree que le darán el alta demasiado pronto 173
SECCIÓN 9 Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto 178
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5 182

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 185
SECCIÓN 12 Cómo solucionar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid 189

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan 190

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan 190
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 190
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 194
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 195
SECCIÓN 5 Acceso a la atención médica dual comunitaria (HMO D-SNP) Debe finalizar su membresía del plan en ciertas situaciones 195

CAPÍTULO 11: Avisos legales 197

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 197
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 197
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 198

CAPÍTULO 12: Definiciones 199

CAPÍTULO 1:
Cómo empezar como miembro

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

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

Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

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

Usted ha optado por recibir su cobertura médica de Medicare y Medicaid, así como su cobertura de medicamentos, 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, el copago y el acceso a los proveedores en nuestro plan difieren de los de Medicare Original.

Community DualCare Access (HMO D-SNP) es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan de Medicare para necesidades especiales), 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 son elegibles para recibir asistencia de Medicaid.

Gracias a la ayuda de Medicaid para compartir los costos de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de Medicare. Medicaid también puede brindarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica, medicamentos recetados, atención a largo plazo y/o servicios domiciliarios y comunitarios que normalmente no están cubiertos por Medicare. Además, puede recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos. Le ayudaremos a administrar todos estos beneficios para que reciba los servicios de salud y la asistencia financiera a los que tiene derecho.

Community DualCare Access (HMO D-SNP) es administrado por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este plan de Medicare para necesidades especiales está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con Texas Programa Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de Medicare y Medicaid, incluyendo la cobertura de medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre la *prueba de cobertura*

Este comprobante 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 anexos o enmiendas.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en Community DualCare Access (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite modificar los planes que ofrecemos cada año. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Community DualCare Access (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después de esa fecha.

Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) y la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (STAR+ PLUS) deben aprobar Community DualCare Access (HMO D-SNP). Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciéndolo y Medicare y la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas STAR+PLUS renueven su aprobación.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Puedes ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumplas con todas estas condiciones:

- Usted tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B.
- Usted reside en nuestra área de servicio geográfico (descrita en la Sección 2.3). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio geográfico, aunque se encuentren físicamente dentro de ella.
- Usted es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano que cumple con los requisitos para residir en el país.
- Usted cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

- Con derecho a Medicare Parte A,
- Inscrito en Medicare Parte B,
- Vive en nuestra área de servicio,
- Categorías elegibles de Medicaid de Texas: QMB Only, QMB Plus, SLMB Plus y otros FBDE.

Nota: Si pierde su elegibilidad para Texas STAR+PLUS, pero se espera razonablemente que la recupere en el plazo de un mes, seguirá siendo elegible para la membresía. El Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y el copago durante este período.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a cubrir los costos de atención médica y de cuidados a largo plazo para ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera ingreso y recursos, quiénes son elegibles, qué servicios están cubiertos y el costo de los mismos. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre y cuando sigan 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 Medicare Parte A y Parte B, y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Específico (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Otros beneficiarios con doble elegibilidad y beneficios completos (FBDE):** Tienen derecho a Medicare Parte A y/o Parte B y son elegibles para los beneficios completos de Medicaid a través del Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) u otros grupos de cobertura como Personas con Necesidades Médicas o niveles especiales de ingresos para exenciones institucionalizadas o basadas en el hogar y la comunidad.

Sección 2.3 Planificar el área de servicio para el acceso *a la atención dual comunitaria (HMO D-SNP)*

El programa Community DualCare Access (HMO D-SNP) solo está disponible para quienes residen en nuestra área de cobertura . Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en dicha área. El área de cobertura se describe a continuación.

CMS Contract Code	Contract Name	2027 Plan Benefit Package (PBP)	D-SNP Type	Plan Name	STAR+PLUS Plan Name	Level of Medicaid	Proposed Service Areas (counties served)
H9826	COMMUNITY HEALTH CHOICE TEXAS, INC.	004	CO D-SNP	Community DualCare Access (HMO D-SNP)	N/A	QMB only QMB plus SLMB plus Other FBDE	Chambers, Hardin, Jasper, Jefferson, Liberty, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker
H9826	COMMUNITY HEALTH CHOICE TEXAS, INC.	006	CO D-SNP	Community DualCare Access (HMO D-SNP)	N/A	QMB only	Harris
H9826	COMMUNITY HEALTH CHOICE TEXAS, INC.	007	CO D-SNP	Community DualCare Access (HMO D-SNP)	N/A	QMB only	Austin, Brazoria, Fort Bend, Galveston, Matagorda, Montgomery, Waller, Wharton

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas *:*

- BP 004: Chambers, Hardin, Jasper, Jefferson, Liberty, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler y Walker

  PBP 006: Harris

  PBP 007: Austin, Brazoria, Fort Bend, Galveston, Matagorda, Montgomery, Waller y Wharton.

Si se muda fuera del área de cobertura de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro. Llame a Servicios para Miembros al 1.833.276.8306 (usuarios de TTY, llamen al 711). para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nuevo lugar de residencia.

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

Sección 2.4 Ciudadano o nacional estadounidense, o no ciudadano elegible

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano o nacional estadounidense, o residente legal. Medicare (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Community DualCare Access (HMO D-SNP) si no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro de nuestro plan. Community DualCare Access (HMO D-SNP) deberá cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se una a nuestro plan

Sección 3.1 Evaluación de riesgos para la salud

Al unirse a nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos completar una Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés) para usted. La HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud mental y funcionales .

Nos pondremos en contacto con usted para completar la Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA). Esta evaluación puede completarse mediante una visita presencial, una llamada telefónica o por correo postal. Le enviaremos más información sobre la HRA. Posteriormente, nos comunicaremos con usted anualmente para informarle sobre cualquier actualización y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención y plan de atención

Un equipo de atención médica puede ayudarte a seguir recibiendo la atención que necesitas. Este equipo puede incluir a tu médico, un coordinador de atención, los especialistas que te atienden u otros profesionales de la salud que tú elijas.

Trabajas con un equipo de atención médica para elaborar un plan de atención basado en tus preferencias. Un plan de atención te indica a ti, a tus médicos y a otros profesionales de la salud qué servicios necesitas y cómo obtenerlos. Incluye tus servicios médicos, de salud mental y otros servicios.

Su plan de atención incluye:

- sus objetivos de atención médica según su prioridad, y
- Un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención médica se reúne con usted después de su evaluación de riesgos para la salud (HRA). Le preguntan sobre los servicios que necesita y le informan sobre los servicios que podría considerar. Su equipo de atención médica trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año o según sea necesario si hay algún cambio en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales importantes para los miembros

Sección 4.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Utilice su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para obtener medicamentos recetados en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Ejemplo de tarjeta de membresía:



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

Si su tarjeta de membresía está dañada, perdida o robada, llame inmediatamente al Servicio de Atención al Cliente al 1.833.276.8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 4.2 Directorio de proveedores

Directorio *de proveedores* En www.communityhealthchoice.org/medicare encontrará una lista de nuestros proveedores actuales de la red y de proveedores de equipos médicos duraderos. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de

atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier copago del plan como pago total.

Debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la autorización correspondiente, deberá pagar el importe total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios urgentes que se necesiten cuando la red no esté disponible (es decir, situaciones en las que sea irrazonable o imposible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área de cobertura y los casos en los que el programa Community DualCare Access (HMO D-SNP) autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Si no dispone de un directorio de proveedores, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) al Servicio de Atención al Cliente llamando al 1.833.276.8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los directorios de proveedores impresos solicitados se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 4.3 Directorio de farmacias

Directorio de farmacias En www.communityhealthchoice.org/medicare encontrará una lista de las farmacias de nuestra red. **Estas** farmacias están autorizadas a surtir recetas cubiertas por nuestro plan. Consulte el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que prefiera . Para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no forman parte de la red de nuestro plan, vaya al Capítulo 5, Sección 2.5.

Si no dispone de un *directorio de farmacias* , puede solicitar una copia al Departamento de 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 4.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan cuenta con una Lista de Medicamentos Cubiertos (también conocida como 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). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos, a menos que se hayan eliminado o reemplazado según lo descrito 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 normas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de Medicamentos. Esta lista incluye información sobre los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la lista. Si alguno de sus medicamentos no aparece en la lista, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306* (usuarios de TTY, llamen *al 711*) para averiguar si lo cubrimos. 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* (usuarios de TTY, llamen *al 711*).

SECCIÓN 5 Resumen de los costos importantes para 2027

	[redacted]
Prima del plan mensual* * Su prima puede ser superior a esta cantidad. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles.	**$0**
Deducible	***$0, Este plan no tiene deducible.***
Cantidad máxima a pagar de su propio bolsillo Esta es la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4, Sección 1 para obtener más detalles).	***$9,850*** **Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo que corresponda al monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios cubiertos por las Partes A y B.**
Visitas al consultorio de atención primaria	***Copago de $0*** **por visita**
Visitas de especialistas	***Copago de $0*** **por visita**
Estancias hospitalarias para pacientes internados Incluye diversas estancias hospitalarias, como cuidados intensivos, rehabilitación y cuidados a largo plazo. Una estancia hospitalaria comienza el día de su ingreso formal por orden médica y finaliza el día anterior a su alta.	***Copago de $0 por visita***

Cobertura de medicamentos de la Parte D (Para obtener más detalles, incluidos el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura para catástrofes, consulte el Capítulo 6).	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** **Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:** **Nivel 1 de medicamentos: copago de $0** **Nivel 2 de drogas:** **• Copago de $0; o** **• Copago de $1.65; o** **• Copago de $5.80; o** **• Coaseguro del 25%** **Nivel 3 de drogas:** **• Copago de $0; o** **• Copago de $5.00; o** **• Copago de $14.40; o** **• Coaseguro del 25%** **Nivel 4 de medicamentos: Genéricos:** **• Copago de $0; o** **• Copago de $1.65; o** **• Copago de $5.80; o** **• Coaseguro del 25%** **Marca y otros:** **• Copago de $0; o** **• Copago de $5.00; o** **• Copago de $14.40; o** **• Coaseguro del 25%** **Nivel 5 de medicamentos: Genéricos:** **• Copago de $0; o** **• Copago de $1.65; o** **• Copago de $5.80; o** **· 25% de coseguro Marca y otras:** **• Copago de $0; o** **• Copago de $5.00; o** **• Copago de $14.40; o**

	Sus costos en 2027
	• **Coaseguro del 25%** **Nivel de medicamentos 6: copago de $0** **Etapa de cobertura catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- Prima del beneficio suplementario opcional (Sección 4.3)
- Parte D: Penalización por inscripción tardía (Sección 4.4)
- Importe mensual ajustado en función de los ingresos (Sección 4.5)
- Importe del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

Sección 5.1 Prima del plan

No pagas una prima mensual aparte por el plan *Community DualCare Access (HMO D-SNP)* .

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas en este** *Comprobante de Cobertura* **podría no aplicarse a su caso** . Le enviamos un documento aparte, llamado *Anexo del Comprobante 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 documento, llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306* (usuarios de TTY, llamen *al 711*) y solicite el *Anexo LIS* .

Las primas de Medicare Parte B y Parte D varían según el nivel de ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia de *Medicare y su información.* Consulte el manual *de 2027* en la sección " Costos *de Medicare 2027".* Puede descargar una copia del

sitio web de Medicare (Medicare.gov/medicare-and-you) o solicitar una copia impresa por teléfono al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048.

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Community 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 cubre sus primas de Medicare, deberá seguir pagándolas para mantener su membresía en nuestro plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También deberá pagar una prima por la Parte A si no cumple con los requisitos para la Parte A gratuita.

Sección 5.4 Parte D Penalización por inscripción tardía

Debido a que usted es elegible para ambos programas , la penalización por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés) no se aplica mientras mantenga su estatus de elegibilidad dual , pero si pierde dicho estatus, podría incurrir en una penalización LEP. La penalización 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 consecutivos en los que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. La cobertura acreditable de medicamentos recetados es aquella que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Generalmente, deberá pagar esta penalización mientras tenga la cobertura de la Parte D.

No tienes que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si:

- Usted recibe ayuda adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuviste menos de 63 días seguidos sin la Parte D u otra cobertura válida.
- Usted contaba con una cobertura de medicamentos válida a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos (VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informará anualmente si su cobertura de medicamentos es válida. Es posible que reciba esta información en una carta o boletín informativo de dicho plan. Conserve

esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

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

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que retrasó su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de haber sido elegible para inscribirse. O bien, cuente la cantidad de meses completos que no tuvo una cobertura de medicamentos válida, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional para beneficiarios). Para 2027, este monto promedio de prima es de $41.33.
- Para calcular su penalización mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de penalización) por el 1% de la prima base nacional para beneficiarios y luego redondea esa cantidad a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la penalización sería del 14% multiplicado por *$41.33* , lo que equivale a $5.79. Esto se redondea a *$5.80* . Esta cantidad se agregaría 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 penalización mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La penalización puede variar cada año,** ya que la prima base nacional para los beneficiarios puede cambiar anualmente.
- **Por lo general, seguirá pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos de* 65 años y está inscrito en Medicare, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por edad para acceder a Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está vinculada con nosotros. Por lo general, debe solicitar esta reconsideración **dentro de los 60 días** siguientes a la fecha de la primera carta que reciba informándole que debe pagar una penalización por inscripción tardía. Sin embargo, si ya estaba pagando una penalización antes de unirse a nuestro plan, generalmente no tendrá otra oportunidad para solicitar la reconsideración de dicha penalización.

Sección 5.5 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (IRMAA). Este cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto supera cierta cantidad, deberá pagar la prima estándar más el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite 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 indicándole 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 , independientemente de cómo pague habitualmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado . Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional , recibirá una factura de Medicare . **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No puede pagarlo con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, será dado de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

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

Sección 5.6 Monto del plan de pago de recetas de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si la tiene) 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 el monto adeudado por sus medicamentos recetados, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de 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 bajo esta opción de pago, puede seguir los pasos del capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 6 Más información sobre la prima de su plan mensual

Sección 6.1 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año.

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

Si usted cumple con los requisitos para recibir Ayuda Adicional o pierde su elegibilidad para ella durante el año, la parte de la prima de su plan que debe pagar podría cambiar. Si califica para Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos, esta ayuda cubre una parte de su prima mensual. Si pierde la elegibilidad para Ayuda Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa. Para obtener más información sobre Ayuda Adicional, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar la multa por inscripción tardía, si la debe , o que deba comenzar a pagarla.

- Si pierde la Ayuda Adicional, podría estar sujeto a la penalización por inscripción tardía de la Parte D si se da de baja de su plan y pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable.

Encontrará más información sobre la Ayuda Adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 7 Mantenga actualizado el registro de su membresía en el 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 demás proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su información de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus copagos** . Por ello, es muy importante 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 médica que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la compensación laboral o Medicaid).

- Cualquier reclamación de responsabilidad, como las derivadas de un accidente automovilístico.
- Si ingresas en una residencia de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera de su área o fuera de su red
- Si cambia la persona responsable designada (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No es obligatorio que nos informe sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le animamos a que lo haga).

Si cambia alguna de esta información, háganoslo saber llamando al Servicio de Atención al Cliente *al 1.833.276.8306* (los usuarios de TTY deben llamar *al 711*) .

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

SECCIÓN 8 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

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

Una vez al año, le enviaremos una carta con la lista de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tengamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta 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.

Cuando usted cuenta con otro seguro (como la cobertura médica grupal de su empleador), las normas de Medicare determinan quién paga primero, si nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero (el "pagador principal") cubre hasta el límite de su cobertura. El seguro que paga después (el "pagador secundario") solo cubre los costos que no estén cubiertos por el seguro principal. 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 los planes de salud grupales de empleadores o sindicatos:

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
    - Si usted es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabaja, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 o más empleados, o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, 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 múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted cumpla con los requisitos para recibir Medicare.

Este tipo de cobertura generalmente paga primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios de la neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de acceso a DualCare comunitario (HMO D-SNP)

Si necesita ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre su tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio de Atención al Cliente *de Community DualCare Access (HMO D-SNP)* . Estaremos encantados de ayudarle.

Servicios para miembros – Información de contacto	
Llamar	*1.833.276.8306* Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00, 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. El servicio de atención al cliente, *1.833.276.8306 (* los usuarios de TTY deben llamar al *711*), también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00, 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.
Fax	713.295.7041
Escribir	a la atención médica dual comunitaria (HMO D-SNP) Apartado de correos 301413 Houston, TX 77230-9920
Sitio web	www.communityhealthchoice.org/medicare

Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar 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 solicitar que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelar sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos de la Parte D: información de contacto.	
Llamar	1.833.276.8306 Las llamadas a este número son Llamadas gratuitas. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00, 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.
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratuitas. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00, 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.
Fax	713.295.7033
Escribir	Apelaciones y reclamaciones 4888 Loop Central, Suite 600 Houston, TX 77081
Sitio web	www.communityhealthchoice.org/medicare

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluyendo quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no se refiere a disputas sobre cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica: información de contacto	
Llamar	1.833.276.8306

	Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00, 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.
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00, 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.
Fax	713.295.7036
Escribir	Departamento de Mejora del Servicio 4888 Loop Central, Suite 600 Houston, TX 7708
sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Community DualCare Access (HMO D-SNP) Para comunicarse directamente con Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted recibió.

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

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

Solicitudes de pago – Información de contacto	
Llamar	1.833.276.8306 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00, 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.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00, 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.
Escribir	Solicitud de pago de reclamaciones

	Apartado de correos 301404 Houston, TX 77230-140
Sitio web	www.communityhealthchoice.org/medicare

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

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

Información de contacto de Medicare	
Llamar	1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1.877.486.2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chatea en vivo	Chatea en directo en Medicare.gov/talk-to-someone .
Escribir	Escriba a Medicare a la siguiente dirección: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov • Infórmese sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo su costo y los servicios que ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores y suministradores de atención médica que participen en Medicare. • Infórmese sobre lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como • exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de "bienestar").

	• Obtenga información y formularios para apelar las demandas de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por los planes y la enfermería. hogares, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo. • Busca sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga acerca de Community DualCare Access (HMO D-SNP). **Para presentar una queja ante Medicare,** visite Medicare.gov/my/medicare-complaint . Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa.

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

El Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) 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, por sus siglas en inglés).

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

Los asesores 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. HICAP Los asesores también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare disponibles y responder preguntas sobre el cambio de planes.

Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas – Información de Contacto	
Llamar	1.800.252.9240
TTY	711

Escribir	Programa de Información, Asesoramiento y Defensa en Materia de Salud (HICAP) Apartado de correos 149104 Austin, TX 7814-9030
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

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

En cada estado, una Organización de Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) designada presta servicios a las personas con Medicare. *En Texas, la Organización de Mejora de la Calidad se llama Acentra Health.*

Acentra cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que reciben un pago de Medicare para supervisar y mejorar la calidad de la atención médica de las personas con Medicare. Acentra es una organización independiente y no está vinculada a nuestro plan.

Contacta con Acentra en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió . Algunos ejemplos de problemas con la calidad de la atención incluyen recibir medicamentos incorrectos, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Crees que la cobertura de tu estancia en el hospital está terminando demasiado pronto.
- Crees que la cobertura para tu atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) está terminando demasiado pronto.

***Acentra Health , la organización de mejora de la calidad de Texas,* – Información de contacto**	
Llamar	1-888-315-0636 De lunes a viernes: de 9:00 a 17:00 (hora central). Fines de semana y festivos: de 10:00 a 16:00 (hora central).
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
Escribir	1650 Summit Lake Dr.

	Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguridad Social

La Administración del 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 debido a un mayor ingreso. Si recibió una carta del Seguro Social indicándole que debe pagar dicho monto adicional y tiene preguntas al respecto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede comunicarse con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con la Seguridad Social para informarles.

Seguridad Social – Información de contacto	
Llamar	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a 19:00, de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a 19:00, de lunes a viernes.
Sitio web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a cubrir los gastos médicos de 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 Medicare Parte A y Parte B, y otros gastos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- Beneficiario de Medicare de bajos ingresos con cobertura completa 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.

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto	
Llamar	1.800.252.8263 De lunes a viernes, de 8:00 a 17:00 (hora central).
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
Escribir	Apartado de correos 149024 Austin, TX 78714-9024
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/

La Oficina del Defensor del Pueblo 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.

Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto	
Llamar	1-877-787-8999 De lunes a viernes, de 8:00 a 17:00 (hora central).
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.

Escribir	Oficina del Defensor del Pueblo del HHS Apartado de correos 13247 Austin, Texas 78711-3247
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/your-rights/hhs-office-ombudsman

La Oficina del Defensor del Pueblo Estatal para la Atención a Largo Plazo ayuda a las personas a obtener información sobre residencias de ancianos y a resolver problemas entre las residencias y los residentes o sus familias.

Oficina del Defensor del Pueblo Estatal para la Atención a Largo Plazo de Texas – Información de contacto	
Llamar	1-800-252-2412 De lunes a viernes, de 7:00 a 19:00 (hora central).
TTY	*711* Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
Escribir	Oficina del Defensor del Pueblo Estatal para la Atención a Largo Plazo Apartado de correos 149030 Austin, TX 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 (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir el costo de los medicamentos recetados. Los programas que se mencionan a continuación pueden ayudar a personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Si tiene preguntas sobre 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, entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778 ; o
- Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid al 1.800.252.8263.

Si cree que está pagando un importe incorrecto por su receta en la farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener un comprobante del importe correcto de su copago. Si ya dispone de dicho comprobante, podemos ayudarle a compartirlo con nosotros.

- Los miembros pueden comunicarse con nuestro Servicio de Atención al Miembro al 1.833.276.8306 para solicitar asistencia para obtener la Mejor Evidencia Disponible (BAE, por sus siglas en inglés) y para proporcionar dicha evidencia.
    - Cuando se comunique con nosotros, verificaremos si existe alguna discrepancia y/o si podemos resolverla con respecto a su ayuda adicional, basándonos en la información a la que tenemos acceso. En algunos casos, es posible que le solicitemos documentación, si la tiene disponible. Si no dispone de documentación, intentaremos verificar el estado de su ayuda adicional a través de nuestros 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 vigencia para las personas que deben ser consideradas elegibles para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS). Cada documento que se enumera a continuación debe demostrar que la persona fue elegible para Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
        - Una copia de la tarjeta Medicaid del beneficiario que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad.
        - Si la copia de la tarjeta Medicaid del beneficiario no indica una fecha de vigencia, no se aceptará como forma de BAE (Exención de Antecedentes de Beneficios).
        - Una copia de un documento estatal que confirme la condición de beneficiario activo de Medicaid.
        - Una impresión del archivo electrónico de inscripción del estado que muestra el estado de Medicaid.
        - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestra el estado de Medicaid.
        - Otra documentación proporcionada por el Estado que acredite la condición de beneficiario de Medicaid.

- Una carta de la SSA que demuestre que la persona recibe SSI; o
- Una solicitud presentada por una persona considerada elegible que confirma que el beneficiario es "...automáticamente elegible para recibir ayuda adicional...".

- Los patrocinadores de la Parte D están obligados a aceptar cualquiera de las siguientes formas de evidencia del beneficiario o del farmacéutico, defensor, representante, miembro de la familia u otra persona 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, por sus siglas en inglés) y califica para la participación de costo cero:
  - § Un comprobante de pago del centro que muestre 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 durante un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior;
  - Una captura de pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que muestra el estado institucional de esa persona basado en una estancia de al menos un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Con vigencia a partir de la fecha que especifique el Secretario, pero no antes del 1 de enero de 2012, se entregará una copia de:
  - Un Aviso de Acción, Aviso de Determinación o Aviso de Inscripción emitido por el Estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
  - Un plan de servicios HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigor, que comience durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
  - Una carta de autorización previa emitida por el Estado para los Servicios Comunitarios Basados en la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigor, comenzando durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
  - Otra documentación proporcionada por el Estado que demuestre el estado de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior; o,

        - Un documento emitido por el estado, como un aviso de remesa, que confirme el pago de los servicios de atención domiciliaria y comunitaria (HCBS, por sus siglas en inglés), incluyendo el nombre del beneficiario y las fechas de los servicios HCBS del año calendario anterior.

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pague el monto correcto en su próxima receta. Si paga de más, le reembolsaremos el importe mediante cheque o crédito para un futuro copago. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, podríamos realizar el pago directamente a la farmacia. Si el 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 (usuarios de TTY, llamen al 711).

La mayoría de nuestros miembros cumplen los requisitos para recibir, y de hecho ya reciben, Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados.

¿Qué sucede si usted cuenta con ayuda adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y/u otros costos relacionados con medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), Medicare Adicional Help paga primero.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Texas (SPAP, por sus siglas en inglés).

¿Qué sucede si usted recibe ayuda adicional y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) Ayuda a las personas que viven con el VIH/SIDA a acceder a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están incluidos en el formulario de ADAP califican para recibir ayuda para compartir los costos de las recetas a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP).

Nota: Para ser elegible para el programa ADAP en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia estatal y estado serológico respecto al VIH, bajos ingresos (según lo defina el estado) y no tener seguro médico o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su coordinador local de inscripción del programa 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 Programa de Medicamentos para el VIH de Texas 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 los medicamentos recetados según sus necesidades económicas, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene normas diferentes para brindar cobertura de medicamentos a sus residentes.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Texas (SPAP, por sus siglas en inglés).

Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) de Texas THMP – Información de contacto	
Llamar	1.800.255.1090 De lunes a viernes, de 8:00 a 17:00 (hora central).
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
Escribir	Programa THMP de Texas ATENCIÓN: MSJA CM: 1873 Apartado de correos 149347 Austin, TX 78714-9347 hivstd@dshs.texas.gov
Sitio web	https://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para 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 podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá el costo de sus 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 2027; no necesita presentar una nueva solicitud de**

elección para continuar participando en 2027. La Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califiquen, es más ventajosa 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 (usuarios de TTY llamen al 711) o visite Medicare.gov .

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto	
Llamar	1-833-463-0683 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El servicio de atención al cliente, 1.833.276.8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Escribir	Capital Rx Community Health Choice (HMO D-SNP) 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234 Beaverton, Oregón 97008-7105 M3P-Election@cap-rx.com
Sitio web	www.communityhealthchoice.org/medicare

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación Ferroviaria (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.

Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) – Información de contacto	
Llamar	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas.

	Pulse “0” para hablar con un representante de la RRB de 9:00 a 15:30, de lunes a viernes, y de 9:00 a 12:00 los miércoles. Pulse “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 festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Seguro colectivo u otro seguro proporcionado por el empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al final de la página si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048. Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el administrador de beneficios de dicho grupo. El administrador de beneficios puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Uso de nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos.

SECCIÓN 1

Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan.

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener cobertura para su atención médica y otros servicios. Para obtener detalles sobre qué servicios médicos cubre nuestro plan y cuánto paga al recibir atención, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 .

Sección 1.1 Proveedores de red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de nuestra red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y demás centros sanitarios que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su copago como pago total. Hemos coordinado con estos proveedores para que presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan. Cuando usted consulta con un proveedor de la red, no paga nada *o* solo paga su parte del costo de los servicios cubiertos.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de salud, los suministros, el equipo 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 y otros servicios estén cubiertos por nuestro plan.

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

Community DualCare Access (HMO D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que usted recibe está incluida en la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan,** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria** . Médicamente necesaria 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.
- **Usted cuenta con un médico de atención primaria (PCP) dentro de nuestra red que le brinda y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP dentro de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
    - En la mayoría de los casos, su médico de cabecera de la red debe autorizarle previamente (mediante una derivación) antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - No necesita una derivación de su médico de cabecera para recibir atención de emergencia o servicios urgentes. Para obtener 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 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 importe total de los servicios recibidos. A continuación, se presentan 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentes que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué se considera atención de emergencia o servicios urgentes, 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 con el mismo copago que normalmente paga dentro de la red. Se requiere autorización previa. En este caso, cubriremos estos servicios como si los hubiera recibido de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera de nuestra área de servicio o cuando su proveedor habitual no esté disponible o

sea inaccesible . El copago que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca podrá ser mayor que el copago de Medicare Original. Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio y recibe diálisis de un proveedor fuera de nuestra red, su copago no podrá ser mayor que el 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 copago por la diálisis podría ser mayor.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica y otros servicios.

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención.

¿Qué es un médico de atención primaria y qué servicios ofrece?

Un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) es un médico de la red que usted elige para brindarle y coordinar los servicios cubiertos por su seguro. 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 cualquier problema de salud .

- **¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como médico de atención primaria ?**
    - Los médicos de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) suelen ser médicos especializados en medicina interna, medicina familiar o medicina general. Puede seleccionar un PCP de las siguientes categorías:
        - médicos generales
        - Médicos de familia
        - internistas
        - Geriatría
        - Asistentes médicos (PA) (bajo la supervisión de un profesional con licencia)
        - Enfermero/a practicante (NP) (bajo la supervisión de un profesional con licencia)
        - Especialista (para miembros con necesidades médicas o conductuales especiales)

- **¿Cuál es el papel del médico de atención primaria en la coordinación de los servicios cubiertos?**
    - Su relación con su médico de cabecera es importante, ya que este es responsable de coordinar su atención médica y de atender sus necesidades de salud rutinarias. Puede solicitarle ayuda para seleccionar un especialista

dentro de la red y hacer un seguimiento con él después de cualquier consulta con un especialista. Es fundamental que desarrolle y mantenga una buena relación con su médico de cabecera.

- **¿Cuál es el papel del médico de atención primaria en la toma de decisiones sobre la obtención de una autorización previa (AP)?**
    - Su médico de cabecera debe comunicarse con nosotros por teléfono, correo electrónico o por escrito para solicitar la autorización correspondiente. Su médico de cabecera debe llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro para solicitar la autorización previa.

Cómo elegir un médico de atención primaria

Debe seleccionar un PCP del Directorio de Proveedores al momento de su inscripción. Sin embargo, puede visitar a cualquier proveedor de la red que elija. Para obtener una copia del Directorio de Proveedores más reciente

Para obtener ayuda con la selección de un médico de atención primaria, llame a Servicios para Miembros al 1.833.276.8306 o visite nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/medicare) para consultar la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores. Si no selecciona un médico de atención primaria al momento de la inscripción, podemos asignarle uno. Puede cambiar de médico de atención primaria en cualquier momento.

Cómo cambiar de médico de cabecera

Puedes cambiar de médico de cabecera por cualquier motivo y en cualquier momento. También es posible que tu médico de cabecera deje de formar parte de la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso tendrías que elegir uno nuevo.

Si desea cambiar de médico de cabecera, llame al Servicio de Atención al Cliente. Si el médico de cabecera acepta nuevos miembros para su 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 reflejará este cambio.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin derivación de un médico de atención primaria

Puedes acceder a los servicios que se enumeran a continuación sin necesidad de obtener la aprobación previa de tu médico de cabecera.

- La atención médica rutinaria para mujeres incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se realicen a través de un proveedor dentro de la red.

- Las vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía son válidas siempre y cuando las recibas de un proveedor dentro de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios cubiertos por el plan que requieren atención médica urgente son aquellos que necesitan atención inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan o si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red . Ejemplos de servicios que requieren atención urgente son enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas médicas rutinarias necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de cobertura de nuestro plan o si nuestra red de proveedores 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 cobertura de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1.833.276.8306 (usuarios de TTY, llamen al 711) antes de salir del área de cobertura para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento durante su ausencia.

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

Un especialista es un médico que proporciona 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 afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de 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 usted es responsable de confirmar con su médico o proveedor que se cumplen los requisitos de autorización previa. Su médico o proveedor debe comunicarse con nosotros por teléfono, 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 los médicos o proveedores participantes, usted o su médico pueden solicitar autorización previa para dichos servicios por parte de 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 a las circunstancias, pero no excederán los catorce (14) días calendario. Usted y/o su médico o

proveedor, en su nombre, tienen derecho a solicitar una decisión acelerada si la aplicación del plazo de procesamiento estándar pudiera poner en grave peligro su vida o su salud, o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad. Remita a los miembros al Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Si los servicios cubiertos se aprueban según lo descrito anteriormente, usted solo será responsable de cualquier copago, coseguro u otros gastos de bolsillo que hubiera tenido que pagar si hubiera podido obtener servicios de la red de proveedores participantes de Community. Si recibe una factura de un proveedor no participante, comuníquese con Servicios para Miembros al 1.833.276.8306 (TTY 711).

Cuando un especialista u otro proveedor de red abandona nuestro plan

Es posible que, durante el año, realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan . Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted cuenta con los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
- notificaremos que su proveedor dejará de formar parte de nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
    - Si su médico de atención primaria o su proveedor de salud mental deja de formar parte de nuestro plan, le notificaremos si visitó a dicho proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado a dicho proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor cualificado dentro de nuestra red para que pueda continuar recibiendo atención médica.
- Si actualmente recibe tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le permitan continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención médica.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de nuestra red no esté disponible o sea insuficiente para cubrir sus necesidades médicas, gestionaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, con el copago correspondiente a la red. Se requiere autorización previa.

- Si descubre que su médico o especialista va a dejar nuestro plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para gestionar su atención médica.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está gestionando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una reclamación sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Si los servicios cubiertos no están disponibles a través de médicos o proveedores participantes, a solicitud 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, permitiremos que un especialista de la misma especialidad o de una similar a la del proveedor no participante al que se solicita la derivación revise la solicitud.

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, anestesiólogos, radiólogos y médicos de urgencias (médicos hospitalarios), cubriremos dichos servicios a la tarifa habitual o a una tarifa acordada. Si recibe una factura de un proveedor no participante, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al número que aparece al dorso de este folleto.

La ley de Texas exige que, si los servicios cubiertos no están disponibles a través de los proveedores participantes descritos anteriormente, usted solo será responsable del copago o de cualquier otro gasto que hubiera tenido que pagar si la red de la comunidad incluyera proveedores participantes con quienes pudiera obtener dichos servicios. Si recibe una factura del proveedor no participante, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece al dorso de este folleto.

Es su responsabilidad verificar la participación de todos los proveedores en la red antes de recibir cualquier servicio que no sea de emergencia. Debe verificar la participación en la red únicamente con nosotros, llamando al número de atención al cliente que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o visitando nuestro sitio web: www.communityhealthchoice.org/medicare.

No nos hacemos responsables de la veracidad o inexactitud de las declaraciones sobre la participación en la red realizadas por ningún médico de atención primaria, médico especialista, hospital u otro proveedor, independientemente de si está contratado o no. En otras palabras, si el médico de atención primaria, el médico especialista u otro proveedor de la red recomienda recibir servicios de otra entidad, es su responsabilidad verificar si dicha entidad participa en la red antes de recibir dichos servicios.

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

- Es una emergencia,
- Los servicios son urgentemente necesarios 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
- Necesitas una segunda opinión de un especialista igual o similar con respecto a un servicio cubierto,
- tratamiento o procedimiento, y todos los proveedores accesibles dentro de la red se encuentran en la misma práctica.
- o grupo médico

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

Sección 3.1 Reciba atención médica si tiene una emergencia médica

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Busca ayuda lo antes posible.** Llama al 911 para pedir ayuda o acude a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llama a una ambulancia si la necesitas. No... Necesitas obtener primero la aprobación o una remisión de tu médico de cabecera. No es necesario que uses un médico de la red. Puedes recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesites, en cualquier lugar de los Estados Unidos o

sus territorios, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.

- de **que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia lo antes posible.** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 1.833.276.8306 (TTY 711). El horario de atención 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 los servicios de ambulancia en situaciones donde llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en riesgo su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le presten atención de urgencia decidirán cuándo su estado se estabiliza y cuándo finaliza la emergencia médica.

Una vez superada la emergencia, usted 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 la atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si la atención de emergencia que recibe la prestan proveedores que no pertenecen a nuestra red, intentaremos que los proveedores de nuestra red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Y si no se tratara de una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si se trata de una emergencia médica. Por ejemplo, podrías acudir a urgencias pensando que tu salud corre grave peligro , y el médico podría decirte que, después de todo, no era una emergencia. Si resulta que no era una emergencia, siempre y cuando hayas creído razonablemente que tu salud corría grave peligro , cubriremos tu atención médica.

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

- adicional , acude a un proveedor de la red .
- La atención adicional que reciba se considera un servicio de urgencia y deberá seguir las normas que se indican a continuación para obtener dicha atención.

Sección 3.2 Reciba atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios.

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

Sección 3.3 Recibir atención médica durante un desastre

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

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

Si durante un desastre no puede acudir a un proveedor de la red, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con el copago correspondiente a los proveedores dentro de la red. Si durante un desastre no puede acudir a una farmacia de la red, 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 usted pagó por los servicios cubiertos o si recibe una factura por dichos servicios, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre cómo proceder.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

El plan Community DualCare Access (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, o si recibe servicios fuera de la red sin autorización que no sean de emergencia o de necesidad urgente, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también deberá pagar el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto . Los pagos que realice después de alcanzar el límite de beneficios no se contabilizan para el límite máximo anual de gastos de bolsillo. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el límite máximo de gastos de bolsillo de su plan). Puede llamar a Servicios para Miembros si desea saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

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 los 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. Estos estudios suelen solicitar la participación de voluntarios. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención médica (la que no está relacionada con el estudio) a través de él.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original cubre la mayor parte de los costos de los servicios que recibe como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo deberá pagar el copago dentro de la red de proveedores para los servicios incluidos en dicho ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya pagó el copago de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el copago dentro de la red. Deberá proporcionarnos documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en algún 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 brinden atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan . (Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no necesita la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos que califiquen para Medicare.

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

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

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

- Alojamiento y manutención para una estancia hospitalaria que Medicare cubriría incluso si usted no participara en un estudio .
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones del nuevo tratamiento.

Una vez que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan cubrirá la diferencia entre el copago de Medicare Original y su copago dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que si los recibiera a través de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre el monto del copago que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

> *Ejemplo de reparto de costes en un ensayo clínico:* Supongamos que usted se somete a una prueba de laboratorio que cuesta 100 $ como parte de un estudio de investigación. Su parte del coste de esta prueba es de 20 $ con Medicare Original, pero la prueba costaría 10 $ con nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría 80 $ por la prueba y usted pagaría el copago de 20 $ requerido por Medicare Original. Usted notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico que califica y enviaría la documentación (como una factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente 10 $. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de 10 $, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Cuando participas en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan cubrirán ninguno de los siguientes gastos** :

- Por lo general, Medicare no pagará por el nuevo artículo o servicio que se esté probando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho 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 condición médica normalmente solo requiere una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados gratuitamente por los patrocinadores de la investigación para las personas que participan en el ensayo.

Obtén más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica.

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte la publicación de Medicare *«Medicare y los estudios de investigación clínica»,* disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies . También puede llamar al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención médica no médica

Una institución religiosa de atención médica no convencional 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 contraviene las creencias religiosas de un miembro, cubriremos la atención en una institución religiosa de atención médica no convencional. Este beneficio se aplica únicamente a los servicios de hospitalización de la Parte A (servicios de atención médica no convencional).

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

Para recibir atención médica de una institución de salud religiosa no médica, debe firmar un documento legal que indique que se opone por motivos de conciencia a recibir un tratamiento médico que **no esté exento de excepciones** .

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado es cualquier atención o tratamiento médico que sea** *voluntario* y *que no esté exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- Se considera tratamiento médico **exceptuado aquel que se recibe de forma** *no* voluntaria o *que no está exigido* por la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que presta los servicios debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención médica.
- Si usted recibe servicios de esta institución en una instalación, se aplican las siguientes condiciones:

- Debe usted tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para la atención hospitalaria de pacientes internados o la atención en un centro de enfermería especializada.
- – *y* – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estancia no estará cubierta.

Usted tiene cobertura por días ilimitados en el hospital, siempre y cuando su estadía cumpla con los requisitos de Medicare. Los límites de cobertura se describen en la sección "Atención hospitalaria para pacientes internados" de la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No serás propietario de algunos equipos médicos duraderos 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, colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de 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 es propietario de algunos artículos de EMD, como las prótesis. Otros tipos de EMD deben alquilarse .

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME (Equipo Médico Duradero) son propietarias del equipo después de pagar los copagos correspondientes durante 13 meses. **Como miembro de *Community DualCare Access (HMO D-SNP)* , por lo general no obtendrá la propiedad de los DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306 (* usuarios de TTY, llamen *al 711*) para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del equipo médico duradero (DME) mientras estuvo inscrito en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Medicare Original para obtener la propiedad del equipo. Los pagos que realizó mientras estuvo inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Usted 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 poder adquirir el artículo.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 o menos pagos consecutivos 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 nuevos 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 cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Si usted reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Community DualCare Access (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y su contenido.
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si usted deja de participar en Community DualCare Access (HMO D- SNP) o ya no necesita equipo de oxígeno por razones médicas, deberá devolver el equipo de oxígeno.

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

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener cobertura para su atención médica y otros servicios. Para obtener detalles sobre qué servicios médicos cubre nuestro plan y cuánto paga al recibir atención, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 .

Sección 1.1 Proveedores de red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de nuestra red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y demás centros sanitarios que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su copago como pago total. Hemos coordinado con estos proveedores para que presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan. Cuando usted consulta con un proveedor de la red, no paga nada *o* solo paga su parte del costo de los servicios cubiertos.

- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de salud, los suministros, el equipo 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 y otros servicios estén cubiertos por nuestro plan.

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

Community DualCare Access (HMO D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que usted recibe está incluida en la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan,** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria** . Médicamente necesaria 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.
- **Usted cuenta con un médico de atención primaria (PCP) dentro de nuestra red que le brinda y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP dentro de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
    - En la mayoría de los casos, su médico de cabecera de la red debe autorizarle previamente (mediante una derivación) antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - No necesita una derivación de su médico de cabecera para recibir atención de emergencia o servicios urgentes. Para obtener 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 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 importe total de los servicios recibidos. A continuación, se presentan 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentes que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué

se considera atención de emergencia o servicios urgentes, 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 con el mismo copago que normalmente paga dentro de la red. Se requiere autorización previa. En este caso, cubriremos estos servicios como si los hubiera recibido de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera de nuestra área de servicio o cuando su proveedor habitual no esté disponible o sea inaccesible. El copago que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca podrá ser mayor que el copago de Medicare Original. Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio y recibe diálisis de un proveedor fuera de nuestra red, su copago no podrá ser mayor que el 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 copago por la diálisis podría ser mayor.

El Medicare original requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione 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 correspondiente para el oxígeno). Después de 5 años, puede Puedes optar por quedarte con la misma compañía o cambiarte a otra . En ese caso, el ciclo de 5 años vuelve a empezar, incluso si te quedas con la misma compañía, y deberás pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si te unes o te das de baja de nuestro plan, el ciclo de 5 años también vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:
Tabla de beneficios médicos
(qué está cubierto)

SECCIÓN 1 Comprensión de los servicios cubiertos

La tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos para usted como miembro de Community DualCare Access (HMO D-SNP). Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Usted no paga nada por los servicios cubiertos.

Gracias a la ayuda de Medicaid, usted no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando 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 monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos ?

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en la cantidad que usted debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de desembolso de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) para servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el monto MOOP es de *$9,850.***

Los montos que usted paga por deducibles, copagos y coseguros para los servicios cubiertos se contabilizan para este monto máximo de desembolso personal. Los montos que usted 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 De *$9,850* , no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B) .

SECCIÓN 2 La tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos.

La tabla de beneficios médicos que aparece en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre Community DualCare Access (HMO D-SNP). Los servicios que figuran en la tabla de beneficios médicos solo están cubiertos cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las directrices de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los 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 no puede requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibes atención médica de un proveedor dentro de nuestra red. En la mayoría de los casos, la atención que recibas de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una emergencia o atención urgente, o que nuestro plan o un proveedor de la red te haya derivado a uno. Esto significa que deberás pagarle al proveedor el costo total de los servicios que recibas fuera de la red.
- Usted cuenta con un médico de atención primaria (un PCP) que le brinda y supervisa su atención médica.
- *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados con una nota al pie en la Tabla de Beneficios Médicos.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un tratamiento, dicha 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 médico tratante.

Otros aspectos importantes que debes saber sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su copago por los servicios de Medicare, incluidos los servicios que Medicare no cubre, como *la atención*

a largo plazo, los medicamentos de venta libre y los 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 su manual *Medicare & You 2027.* Puede verlo en línea en Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si durante la visita al recibir el servicio preventivo también recibe tratamiento o seguimiento por una afección médica preexistente, se aplicará un copago por la atención recibida para dicha afección.
- Si Medicare añade cobertura para algún servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Community Health Choice (HMO D-SNP) le ayudará a gestionar 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 proporcionará información y le ayudará a comprender cómo funcionan conjuntamente sus beneficios de Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas o necesita ayuda para gestionar sus beneficios de Medicare y Medicaid, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente y nuestro equipo de Coordinación de Atención le ayudará a coordinar sus beneficios y garantizará que reciba la gama completa de servicios a los que tiene derecho bajo Medicare y Medicaid.
- Para consultar la lista de beneficios de Medicaid, vea 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 de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el Plan Estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos que el estado le correspondería pagar si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare no cambia durante este período.

No pagarás nada por los servicios que figuran en la Tabla de Beneficios Médicos, siempre y cuando cumplas con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Si usted reúne los requisitos para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no pagará nada por los servicios que figuran en la Tabla de Beneficios Médicos, siempre y cuando cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre los beneficios para los 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 suplementarios especiales para enfermos crónicos.
    - Trastornos autoinmunes
    - Cáncer
    - Trastornos cardiovasculares
    - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (TCS)
    - Trastornos mentales crónicos 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
    - Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo
    - Condiciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento.
    - Condiciones con dificultades funcionales
    - Demencia
    - Diabetes mellitus
    - VIH/SIDA
    - Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores
    - Trastornos neurológicos
    - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
    - Trasplante de órganos
    - Trastornos hematológicos graves
    - Ataque

- Para poder optar a las Prestaciones Suplementarias Especiales para Enfermos Crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés), los miembros deben cumplir 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 acceder al SSBCI, nuestro equipo de Coordinación de Atención debe realizar una evaluación para determinar las necesidades específicas del miembro relacionadas con su condición crónica. Esta evaluación determina cómo los beneficios complementarios pueden brindar el mejor apoyo a la salud del miembro y mejorar su calidad de vida.
    - Estado de inscripción: Los miembros deben estar inscritos activamente en nuestro plan Medicare Advantage y mantener su estado activo. 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 la tabla de beneficios médicos que aparece a continuación.
- Contáctanos para saber exactamente a qué beneficios puedes tener derecho.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.
Tabla de Beneficios Médicos

Servicio cubierto	Lo que pagas
Detección de aneurisma aórtico abdominal Ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba si usted presenta ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o enfermero especialista clínico (CNS).	No existe ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnan los requisitos para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días bajo las siguientes circunstancias: A efectos de esta prestación, el dolor lumbar crónico se define como: • Con una duración de 12 semanas o más. • No específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con metástasis, enfermedades inflamatorias, infecciosas, etc.). • No está relacionado con la cirugía. • No está relacionado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que muestren mejoría. No se podrán administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si su estado empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden practicar la acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) y el personal auxiliar pueden administrar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
• 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 vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un Estado, Territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que practica la acupuntura debe estar bajo la supervisión adecuada de un médico, asistente médico o enfermero/a especialista clínico, según lo exigen nuestras regulaciones. **Acupuntura (complementaria)** Cubrimos 24 visitas adicionales al año.	Copago de $0
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia aérea, aérea y terrestre, hasta el centro médico más cercano que pueda brindar atención, siempre que se presten a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte puedan poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia , se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede solicitar una consulta anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de salud actual y sus factores de riesgo. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota** : Su primera visita anual de bienestar No puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de *Bienvenida a Medicare* . Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita *de Bienvenida a Medicare*	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.

Servicio cubierto	Lo que pagas
para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	
Medición de la masa ósea Para las personas que cumplen los requisitos (generalmente, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o con 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 existe ningún coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Pruebas de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 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 existe ningún coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento, están cubiertos para los miembros que cumplan ciertas condiciones y cuenten con una orden médica. Nuestro plan cubre estos programas integrales si usted ha tenido al menos una de estas afecciones: • Infarto de miocardio en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass de arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvulas cardíacas • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o colocación de stent coronario (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta). • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura:	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
Puedes acceder a un máximo de 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puedes tener 2 sesiones al día (de 1 hora cada una) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumples los requisitos, podrías acceder a 36 sesiones adicionales que se distribuirán a lo largo de un período de tiempo más extenso . Puede ser necesaria autorización previa.	
Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta anual con su médico de cabecera para ayudarle a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico podrá hablar sobre el uso de aspirina (si procede), controlarle la presión arterial y darle consejos para que lleve una alimentación saludable.	No existe ningún 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 enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No existe ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.
Detección precoz del cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres. • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años.	No existe ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen:	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral. **Servicios quiroprácticos (suplementarios)** Cubrimos 24 visitas adicionales al año. Puede ser necesaria autorización previa.	Copago de $0
Detección precoz del cáncer colorrectal Se incluyen las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presentan un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presentan un 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 que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de cribado o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de cribado o la última colonoscopia de cribado. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, la cobertura de una colonografía por tomografía computarizada de cribado realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de cribado o la última colonoscopia de cribado. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo tras una colonoscopia de cribado. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo tras 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.	No hay coseguro, 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 .

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Análisis de ADN en heces con múltiples objetivos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección no invasiva basada en muestras de heces, cubierta por Medicare, arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implique la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado 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, específicamente cuando dicho servicio es parte integral del tratamiento de la afección médica principal de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos:	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare
Servicios dentales de rutina (suplementarios) Los servicios de diagnóstico y prevención cubiertos incluyen: • Exámenes orales: 1 cada 6 meses • Profilaxis (limpieza): 1 cada 6 meses • Radiografías dentales: 1 al año Los servicios integrales cubiertos incluyen: • Servicios de rehabilitación • Endodoncia • Periodoncia	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Prótesis removibles • Cirugía Oral/Maxilofacial (Extracciones)	
Detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de la depresión.
Detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (que incluye la glucemia 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 pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted podría ser elegible para hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	Las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare no tienen copago, coseguro ni deducible.
Capacitación en autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros. Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina y no usuarios de insulina), los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los glucómetros. • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad grave del pie diabético, un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas proporcionadas con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin incluir las	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos), incluido el ajuste. • Capacitación en autocontrol de la diabetes bajo ciertas condiciones. Es posible que se requiera autorización previa. Los monitores y tiras reactivas de glucosa solo pueden utilizarse de fabricantes especificados por el plan .	
Equipos médicos duraderos (EMD) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte los capítulos 12 y 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 generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los equipos médicos duraderos (DME) médicamente necesarios cubiertos por Original. Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene un marca o fabricante en particular, puede preguntarles si Podemos hacer un pedido especial para usted. Puede ser necesaria autorización previa para: • Artículos que superen los $500 (compra o alquiler) • Suministros para diabéticos u otros suministros que excedan la cantidad necesaria • durante 30 días • Implantes cocleares, máquinas CPAP, máquinas CPM • Aparatos ortopédicos personalizados, cascos de moldeo craneal, personalizados o • sillas de ruedas motorizadas • Nutrición enlatada	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare Su copago para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es *de $0.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
atención de urgencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Prestado por un proveedor cualificado para prestar servicios de emergencia. • Necesario para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. A emergencia médica Se considera urgencia médica cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos básicos de salud y medicina, cree tener síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la amputación de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente. El copago por los servicios de emergencia necesarios que reciba 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 para 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 estabilice, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta *O* debe tener su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizada por nuestro plan y su costo es el El copago que pagarías en un hospital de la red.
Programas de educación sobre salud y bienestar Asesoramiento nutricional para niños, programas para dejar de fumar para mujeres embarazadas y exámenes anuales para adultos.	Copago de $0
Servicios auditivos Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su médico para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro profesional cualificado.	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare
Servicios auditivos (suplementarios) • Exámenes auditivos rutinarios: 1 al año. • Subsidio anual de $1,500 para audífonos en el Plan 004. • Subsidio anual de $3,000 para audífonos en los planes 006 y 007.	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que pagas
ambas orejas combinadas	
Ayuda con ciertas afecciones crónicas Si usted padece alguna de las siguientes afecciones crónicas, es posible que ser elegible para los Beneficios Suplementarios Especiales para el Enfermos crónicos (SSBCI): • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros consumos de sustancias. • trastornos por consumo de sustancias (TCS) • Trastornos mentales crónicos e incapacitantes • Afecciones crónicas que afectan la visión y la audición. • (sordera), gusto, tacto y olfato • Enfermedad gastrointestinal crónica • insuficiencia cardíaca crónica • enfermedad renal crónica (ERC) • Trastornos pulmonares crónicos: copago de $0 • Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo • Condiciones que requieren servicios de terapia continua en • orden para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento • Condiciones con dificultades funcionales • Demencia • Diabetes mellitus • VIH/SIDA • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Trastornos neurológicos • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico después de un trasplante de órganos. • Trastornos hematológicos graves • Ataque	Copago de $0
Prueba de detección del VIH	No hay coseguro, copago ni deducible para los

Servicio cubierto	Lo que pagas
Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Si estás embarazada, te cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante un embarazo	miembros que reúnen los requisitos para las pruebas de detección preventiva del VIH cubiertas por Medicare.
Atención médica domiciliaria a través de una agencia Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted los necesita y ordenará que una agencia de atención médica a domicilio se los proporcione. Debe estar confinado en su domicilio, lo que significa que salir de casa representa un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y asistencia sanitaria a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para que estén cubiertos por el beneficio de atención sanitaria a domicilio, la suma de sus servicios de enfermería especializada y asistencia sanitaria a domicilio debe ser inferior a 8 horas diarias y 35 horas semanales). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare
Terapia de infusión domiciliaria La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración intravenosa o subcutánea de fármacos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el fármaco (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, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención. • La capacitación y educación del paciente no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero.	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Monitoreo remoto • Servicios de supervisión para la administración de terapia de infusión a domicilio y medicamentos para infusión a domicilio suministrados por un proveedor cualificado de terapia de infusión a domicilio. Puede ser necesaria autorización previa.	
Cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del programa de cuidados paliativos le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que padece una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención en cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en nuestra área de servicio, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidados de relevo a corto plazo • Cuidados a domicilio Cuando usted es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan. **Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B relacionados con su pronóstico terminal:** Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por dichos servicios y por 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 por los servicios que este cubre. Se le facturará el copago de Medicare Original.	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 Estos servicios son pagados por Medicare Original, no por Community DualCare Access (HMO D-SNP).

Servicio cubierto	Lo que pagas
Para los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que no estén relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni urgentes, cubiertos por Medicare Parte A o B, que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si utiliza un proveedor en la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como si existe el requisito de obtener una autorización previa). • Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto de nuestro copago del plan para los servicios dentro de la red. • Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el copago según Medicare Original. **Para los servicios cubiertos por *Community DualCare Access (HMO D-SNP)* pero no cubiertos por Medicare Parte A o B:** *El programa Community DualCare Access (HMO D-SNP)* seguirá 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 abonará la parte correspondiente a la copago de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que puedan estar cubiertos por la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, usted paga el copago. Si están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, usted paga el copago de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos simultáneamente por los cuidados paliativos y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea de cuidados paliativos (atención que no esté relacionada con su pronóstico terminal), póngase en contacto con nosotros para coordinar los servicios.	
Inmunizaciones	No existe ningún coseguro, copago ni

Servicio cubierto	Lo que pagas
Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen: • vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez al año durante la temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, desconoce su historial de vacunación o tiene alguna otra condición que lo coloca en un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas para COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro programa de beneficios de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información. Puede ser necesaria autorización previa.	deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.
atención hospitalaria para pacientes internados Incluye hospitalización para pacientes agudos, rehabilitación, cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La hospitalización comienza el día de su ingreso formal en el hospital por 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 necesario por razones médicas). • Comidas que incluyen dietas especiales. • Servicios de enfermería regulares • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital que no pertenece a la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su costo será el copago que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Terapia física, ocupacional y del habla y del lenguaje • Servicios de internamiento para el abuso de sustancias • En determinadas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/ multivisceral . Si necesita un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso con un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que determinará 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 se encuentran fuera del patrón de atención de su comunidad, puede optar por recibir el trasplante en su localidad, siempre y cuando los proveedores locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si *Community DualCare Access (HMO D-SNP)* ofrece servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención de su comunidad y usted decide recibir el trasplante en dicha ubicación, nosotros nos encargaremos de organizar o cubrir los gastos de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre: almacenamiento y administración incluidos. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta que necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o bien, usted mismo o otra persona puede donarla. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios médicos **Nota:** Para ser considerado paciente hospitalizado, su médico debe emitir una orden de ingreso formal. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. • Para obtener más información, consulte la hoja informativa de Medicare *sobre los beneficios hospitalarios,* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1.800.MEDICARE	

Servicio cubierto	Lo que pagas
(1.800.633.4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048.	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Límite de 190 días de por vida para servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Puede ser necesaria autorización previa.	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare
Estancia hospitalaria: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estancia hospitalaria no cubierta. Si ya agotó sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estancia. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba durante su estancia en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Prótesis y dispositivos ortopédicos (distintos de los dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o total o parcialmente la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona mal, incluyendo el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; fajas y prótesis de piernas, brazos y ojos, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. Puede ser necesaria autorización previa.	
Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no están en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando ordenado por su médico. Cubrimos 3 horas de asesoramiento individual durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica a través de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas anuales a partir de entonces. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden anualmente si necesita tratamiento durante el próximo año calendario. Puede ser necesaria autorización previa.	No existe coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para recibir servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del programa MDPP están cubiertos para las personas que cumplen los requisitos en todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de comportamiento en materia de salud que proporciona formación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos y mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	El beneficio del MDPP no tiene coseguro, copago ni deducible.
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 normalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o	Copago de $0 para los servicios cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
infunden mientras recibe atención médica, en un centro ambulatorio hospitalario o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina administrada mediante un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que usted toma utilizando equipos médicos duraderos (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 del medicamento, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría aumentar el costo total. Hable con su médico sobre las exploraciones y pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que te administras tú mismo mediante inyección si tienes hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. Debe tener la 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 usted está confinada en casa, 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 capacitada (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 se trata de un	

Servicio cubierto	Lo que pagas
profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ser ingerida, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el 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 si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) cubiertos por Medicare Parte B • calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv ® y el medicamento oral Sensipar ® • Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluyendo la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit® , epoetina alfa, Aranesp®, darbepoetina alfa, Mircera® o metoxi polietilenglicol-epoetina beta). • 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 normas que debe seguir para que sus	

Servicio cubierto	Lo que pagas
recetas estén cubiertas. El costo de los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el capítulo 6.	
Detección y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida. Si su índice de masa corporal es de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Hable con su médico de cabecera o profesional de la salud para obtener más información.	No existe ningún 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 (TCO) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el TCO a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (PTO), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). • Dispensación y administración de medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare
Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • rayos X • Terapia con radiación (radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros para técnicos. • Suministros quirúrgicos, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Sangre - incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted o alguien más done sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro profesional de la salud las ordena para tratar un problema médico. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias	
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se ofrecen para determinar si usted necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o si 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 están cubiertos cuando son proporcionados por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes o solicitar pruebas ambulatorias. **Nota:** A menos que el médico haya emitido una orden para su ingreso hospitalario, usted es un paciente ambulatorio y paga los copagos correspondientes a los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece hospitalizado durante la noche, es posible que se le siga considerando un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio , pregunte al personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja informativa de Medicare *sobre los beneficios hospitalarios,* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
Benefits.pdf o llame al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048. Puede ser necesaria autorización previa.	
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o 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 te los puedes administrar a ti mismo. **Nota:** A menos que el médico haya emitido una orden para su ingreso hospitalario, usted es un paciente ambulatorio y paga los copagos correspondientes a los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si permanece hospitalizado durante la noche, es posible que se le siga considerando un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio , pregunte al personal del hospital. Puede ser necesaria autorización previa.	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare
atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW), enfermero especialista clínico (CNS),	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se prestan en diversos entornos ambulatorios, como departamentos de pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare
sustancia ambulatoria servicios para trastornos por uso Tratamiento ambulatorio y asesoramiento para el abuso de sustancias incluir: • Hospitalización parcial (PHP) • Programa Ambulatorio Intensivo (PAI) • Tratamiento psiquiátrico diurno • Pruebas neuropsicológicas • Traslados entre centros • Terapia electroconvulsiva (TEC) • Visita de psicoterapia ambulatoria que supera las 30 visitas en • un año natural por cualquier proveedor en cualquier entorno. • Terapia intensiva de análisis conductual aplicado (ABA) • Tratamiento ambulatorio (excepto cuando se proporciona en un • Centro para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés)	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros ambulatorios hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios.	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
Nota: Si se somete a una cirugía en un hospital, consulte con su médico si será paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el médico ordene su ingreso hospitalario, se le considerará paciente ambulatorio y deberá abonar el copago correspondiente a la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece hospitalizado durante la noche, es posible que se le siga considerando paciente ambulatorio. Puede ser necesaria autorización previa.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos. *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental. Es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, y constituye una alternativa a la hospitalización completa. *El servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo para la salud mental (conductual) que se proporciona en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural. Este programa es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Puede ser necesaria autorización previa.	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare
médicos/ de profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio médico. Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos o quirúrgicos necesarios prestados en lugares como o un consultorio médico, o centro quirúrgico ambulatorio certificado,	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
- o departamento de pacientes ambulatorios del hospital, o - o cualquier otra ubicación - 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 ordena para determinar si necesita tratamiento médico. - Determinados servicios de telesalud, entre ellos: - o Usted tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telemedicina. Si elige recibir alguno de estos servicios por telemedicina, deberá utilizar un proveedor de la red que ofrezca este servicio. - o Si necesita hablar con un médico fuera del horario habitual o si no se siente lo suficientemente bien como para acudir a una consulta con su médico de cabecera , la telemedicina de Teladoc ofrece servicios de atención médica valiosos y convenientes las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a través de la web, el teléfono o la aplicación móvil. - o Los servicios de Teladoc ayudan a tratar diversos problemas de salud, como problemas de sinusitis, bronquitis, síntomas de resfriado y gripe, alergias, infecciones respiratorias y renovación de recetas. - o Para acceder a Teladoc, llame al 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) o visite www.Teladoc.com. - Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional sanitario, están disponibles para pacientes en determinadas zonas 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 hospitalario o hospitalario de acceso crítico, instalación de diálisis renal o en el domicilio del miembro. - Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.	

Servicio cubierto	Lo que pagas
• 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. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal. • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5-10 minutos **si** : o Usted no es un paciente nuevo **y** o El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o El registro no garantiza una visita al consultorio en las próximas 24 horas ni la cita disponible más próxima. • Evaluación de los vídeos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si** : o Usted no es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o La evaluación no conlleva una visita al consultorio en las próximas 24 horas ni la cita disponible más próxima. • Consulta que su médico mantiene 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 dedos en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan a las extremidades inferiores.	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
Puede ser necesaria autorización previa.	
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos la medicación de profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si cumple con los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluyendo el costo de la inyección, si corresponde. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen 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. • Prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez	No existe ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP .
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (distintos de los dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Esto incluye, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de prótesis y ortesis; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con prótesis y ortesis, y la reparación o el reemplazo de las mismas. También incluye	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas; consulte la sección *Cuidado de la Visión* más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar por parte del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica. Puede ser necesaria autorización previa.	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare
Detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol. Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son dependientes de él. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial al año (siempre que sea competente y esté alerta durante el asesoramiento), impartidas por un médico o profesional de atención primaria cualificado en un centro de atención primaria.	No existe ningún coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Detección precoz del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (TCBD). Para las personas que cumplen los requisitos, una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) está cubierta cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que fuman actualmente o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una tomografía computarizada de baja dosis (TCBD) durante una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas y que sea	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la tomografía computarizada de baja dosis (LDCT).

Servicio cubierto	Lo que pagas
proporcionada por un médico o un profesional de la salud no médico calificado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT posteriores a la prueba inicial:* los afiliados deben obtener una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, la cual puede proporcionarse durante cualquier consulta apropiada con un médico o un profesional de la salud calificado. Si un médico o un profesional de la salud calificado opta por brindar asesoramiento sobre la detección de cáncer de pulmón y una consulta para la toma de decisiones compartida para pruebas de detección posteriores con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para este tipo de consultas.	
Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de cabecera u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Usted corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Naciste entre 1945 y 1965. Si naciste entre 1945 y 1965 y no se te considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección. Si eres de alto riesgo (por ejemplo, si has seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde tu última prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos pruebas de detección anuales.	No existe ningún coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
Pruebas de 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 contraer una ITS, siempre que sean solicitadas por un médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez al año o en determinados momentos durante el embarazo.	No existe ningún coseguro, copago ni deducible para el servicio de detección de ITS y asesoramiento preventivo cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración y presenciales, al año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS). Estas sesiones de asesoramiento solo se cubren como servicio preventivo si las imparte un profesional de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	
Servicios para el tratamiento de la enfermedad renal Las enfermedades renales y los servicios de diálisis incluyen: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son derivados por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal por por vida. • Tratamientos de diálisis ambulatoria (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted ingresa como paciente interno en un hospital para recibir cuidados especiales). • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en casa). • Equipos y suministros para diálisis domiciliaria • Determinados servicios de apoyo a domicilio (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para supervisar su diálisis domiciliaria, ayudar en caso de emergencias y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua). Algunos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la **sección de medicamentos de Medicare Parte B** en esta tabla **.**	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (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 necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como los 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 que necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas que reciba en un año calendario o bien, usted mismo o otra persona puede donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los centros de enfermería especializada. • Pruebas de laboratorio que normalmente proporcionan los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente prestan los centros de enfermería especializada. • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los centros de enfermería especializada. • Servicios médicos/de profesionales sanitarios Por lo general, la atención en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) proviene de centros que forman parte de nuestra red. Bajo ciertas condiciones que se detallan a continuación, es posible que pueda pagar el copago correspondiente a un centro que no	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
pertenece a nuestra red, siempre y cuando dicho centro acepte los montos de pago de nuestro plan. • Una residencia de ancianos o comunidad de jubilación con atención continua donde vivías justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de enfermería especializada). • Un centro de enfermería especializada donde su cónyuge o pareja de hecho reside en el momento en que usted recibe el alta hospitalaria.	
Abandono del tabaquismo y del consumo de 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 con estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están atentos durante el asesoramiento. • Un médico cualificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con un total de hasta 8 sesiones al año para el paciente).	No existe ningún coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Prestaciones suplementarias especiales para enfermos crónicos Beneficio suplementario especial para enfermos crónicos (SSBCI) Los servicios son prestaciones no relacionadas con la salud para personas con enfermedades crónicas. Los miembros deben tener una condición relacionada con una de las siguientes: afecciones médicas crónicas: • Trastornos autoinmunes • Cáncer	Copago de $0

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Trastornos cardiovasculares • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros consumos de sustancias. • trastornos por consumo de sustancias (TCS) • Trastornos mentales crónicos e incapacitantes • Afecciones crónicas que afectan la visión y la audición. • (sordera), gusto, tacto y olfato • Enfermedad gastrointestinal crónica • insuficiencia cardíaca crónica • enfermedad renal crónica (ERC) • Trastornos pulmonares crónicos • Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo • Condiciones que requieren servicios de terapia continua en orden para que las personas mantengan o conserven el funcionamiento • Condiciones con desafío funcional • Demencia • Diabetes mellitus • VIH/SIDA • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Trastornos neurológicos • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Trasplante de órganos • Trastornos hematológicos graves • Ataque Los siguientes beneficios son Beneficios suplementarios especiales para Los enfermos crónicos. No todos los miembros cumplen los requisitos.	
Terapia de ejercicio supervisado (SET) El seguro SET está cubierto para los miembros que padecen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y que cuentan con una derivación para el tratamiento de la EAP por parte del médico responsable de dicho tratamiento. Se cubren hasta 36 sesiones a lo largo de un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe:	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Consiste en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento terapéutico con ejercicios para la enfermedad arterial periférica en pacientes con claudicación intermitente. • Debe realizarse en un entorno ambulatorio de un hospital o en el consultorio de un médico. • Debe ser administrada por personal auxiliar cualificado, necesario para garantizar que los beneficios superen los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la enfermedad arterial periférica (EAP). • Debe estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero practicante (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) que esté capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. El tratamiento SET puede ampliarse más allá de las 36 sesiones repartidas en 12 semanas, ofreciendo 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un profesional sanitario lo considera médicamente necesario. Puede ser necesaria autorización previa.	
Servicios que se necesitan con urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro de ella, no es razonable, dadas sus circunstancias y el tiempo disponible, obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios urgentes y solo cobrarle el copago correspondiente a los servicios dentro de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas médicas rutinarias necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de cobertura de nuestro plan o si nuestra red de proveedores no está disponible temporalmente. Esta cobertura es válida en los Estados Unidos.	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que pagas
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 los exámenes oculares 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. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen a 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 prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de gafas 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 diferentes, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de gafas después de la segunda.	Copago de $0 para servicios cubiertos por Medicare
Visión de rutina (suplementaria) • Un (1) examen ocular de rutina cada año • Subsidio anual de $250 - $350 para lentes de contacto. y/o gafas (lentes y monturas)	Copago de $0
Bienvenido a la visita preventiva de Medicare *de bienvenida a Medicare, que se realiza* una sola vez . Esta visita incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones a otros servicios de atención médica si fuera necesario. **Importante: Solo** cubrimos la visita preventiva de *bienvenida a Medicare.* Durante los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando programe su cita, infórmele al	*bienvenida a Medicare* no tiene costo adicional (coseguro, copago ni deducible) .

Servicio cubierto	Lo que pagas
consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva *de bienvenida a Medicare* .	

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera del programa 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:

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

SERVICIOS DE EXENCIÓN DE SERVICIOS EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD	
Quienes cumplan con los requisitos de QMB y los criterios financieros para la cobertura completa de Medicaid, pueden ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid no cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de exención de Medicaid. Los servicios de exención están limitados a personas que cumplen con criterios adicionales de elegibilidad para la exención de Medicaid.	
Exención de los Servicios de Asistencia y Apoyo para la Vida Comunitaria (CLASS)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y los requisitos de elegibilidad para 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-class. Para obtener información adicional, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC).
Exención para personas sordociegas con discapacidades múltiples (DBMD)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y los requisitos de elegibilidad para 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/deaf-blind-multiple-disabilities-dbmd. Para obtener información adicional, comuníquese con HHSC.

Exención de Servicios para el Hogar y la Comunidad (HCS)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y los requisitos de elegibilidad para 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 información adicional, comuníquese con HHSC.
Programa para Niños Médicamente Dependientes (MDCP)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y los requisitos de elegibilidad para 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 información adicional, póngase en contacto con 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 de elegibilidad para 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 información adicional, comuníquese con HHSC.
Exención de responsabilidad para la vida en el hogar de Texas (TxHmL)	Puede encontrar información sobre los servicios de exención y los requisitos de elegibilidad para esta exención en la siguiente página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. Para obtener información adicional, comuníquese con HHSC: https://hhs.texas.gov/doing-business-hhs/provider-portals/long-term-care-providers/texas-home-living-txhml.

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

Esta sección le informa sobre los servicios que Medicare excluye.

La tabla a continuación enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare bajo ninguna circunstancia o que sí están cubiertos por Medicare. solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, salvo en las condiciones específicas que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de urgencias, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará .

La única excepción es si se apela la decisión y, tras la apelación, se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión nuestra de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto únicamente bajo condiciones específicas
Acupuntura	No está cubierto bajo ninguna condición.
Cirugía o procedimientos estéticos	Cubierto en casos de lesiones accidentales o para la mejora del funcionamiento de un miembro con malformaciones corporales. Cubre todas las etapas de la reconstrucción mamaria tras una mastectomía, así como la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Cuidados de custodia Los cuidados asistenciales son aquellos que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo, los que le ayudan con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No está cubierto bajo ninguna condición.
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare original determinó que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.	Puede estar cubierto por Medicare Original en el marco de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre estudios de investigación clínica, consulte el Capítulo 3, Sección 5).
Tarifas cobradas por el cuidado por sus familiares directos o miembros de su hogar.	No está cubierto bajo ninguna condición.
Atención de enfermería a tiempo completo en su domicilio.	No está cubierto bajo ninguna condición.
Comidas a domicilio	No está cubierto bajo ninguna condición.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto únicamente bajo condiciones específicas.
Servicios de atención médica a domicilio	Medicare cubre la atención de enfermería especializada, ya sea a tiempo parcial o intermitente, que sea médicamente necesaria.
Servicios de ama de casa incluir ayuda doméstica básica, que incluye tareas domésticas ligeras o preparación de comidas sencillas.	No está cubierto bajo ninguna condición.
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No está cubierto bajo ninguna condición.
Atención dental no rutinaria	La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.	Zapatos que forman parte de una férula para la pierna y están incluidos en el precio de la misma. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No está cubierto bajo ninguna condición.
Habitación privada en un hospital	Cubierto únicamente cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta	No está cubierto bajo ninguna condición.
Atención quiropráctica de rutina	Se aborda la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Cuidados dentales rutinarios, como limpiezas, empastes o prótesis dentales.	No está cubierto bajo ninguna condición.
Exámenes oculares rutinarios, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.	Tras cada cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular, se cubre un par de gafas con montura estándar (o un juego de lentes de contacto).
Cuidado rutinario de los pies	Se ofrece cierta cobertura limitada de acuerdo con las directrices de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto únicamente bajo condiciones específicas.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para la adaptación de audífonos.	Medicare cubre los exámenes de audición y de equilibrio para diagnóstico si los ordena un médico.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare original.	No está cubierto bajo ninguna condición.

CAPÍTULO 5:
Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

¿ Cómo puedo obtener información sobre el costo de mis medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica y está recibiendo Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa de Ayuda Adicional, cierta información en este Es posible que *la información sobre* la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D no le sea aplicable. La mayoría de nuestros miembros califican para recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted participa en el programa de Ayuda Adicional, es posible que parte de la información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D no le sea aplicable. Le enviamos un folleto aparte, llamado Anexo de la Información sobre la 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 se encuentran impresos en la contraportada de este documento).

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

Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por su plan de Medicaid. Nuestra lista de medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas:

- Debes obtener una receta médica (de un médico, dentista u otro profesional sanitario) que sea válida según la legislación estatal aplicable.
- Su médico prescriptor no debe figurar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.

- Por lo general, debe usar 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 su plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (Vaya a la Sección 3).
- Su medicamento debe utilizarse 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 tu receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.

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 proporcionarle los medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentra una farmacia de la red en tu zona.

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de Farmacias* , visite nuestro sitio web o llame al Servicio de Atención al Cliente al 1.833.276.8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia deja de estar en la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Si la farmacia que usa permanece en nuestra red, pero ya no ofrece la opción de copago preferencial, puede considerar cambiar a otra red o farmacia preferida, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, comuníquese con

Servicios para Miembros al 1.833.276.8306 (usuarios de TTY, llamen al 711) o consulte el Directorio de Farmacias. También puede encontrar información en nuestro sitio web: www.communityhealthchoice.org/medicare.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de cuidados a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro LTC (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro LTC, llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306* (usuarios de TTY, llamen *al 711*).
- Farmacias que prestan servicio al Servicio de Salud Indígena / Programa de Salud Tribal / Programa de Salud Indígena Urbana (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren manejo especial, coordinación con el proveedor o capacitación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, visite su *Directorio de Farmacias* en www.communityhealthchoice.org/medicare o llame a Servicios para Miembros al 1.833.276.8306 (usuarios de TTY, llamen al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de nuestra red de planes. Generalmente, los medicamentos se proporcionan a través de pedidos por correo. Son medicamentos que se toman de forma regular para una afección médica crónica o de larga duración.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir hasta un ***Al menos*** **un suministro de *90* días del medicamento en la mayoría de los niveles, y hasta un suministro *de 100 días*** en los medicamentos del Nivel 6.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente al 1.833.276.8306 (TTY 711).

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

Las nuevas recetas las recibe la farmacia directamente del consultorio de su médico .
Una vez que la farmacia recibe la receta de un profesional de la salud, se comunicará con usted para preguntarle si desea que le surtan el medicamento de inmediato o más adelante . Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles si desean que le envíen el medicamento, si desean retrasar el envío o si desean cancelar la nueva receta.

Renovación de recetas enviadas por correo. Para renovar su receta, comuníquese con su farmacia *de 5 a 7* días antes de que se le acabe la actual para asegurarse de que su próximo pedido se envíe 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 prolongado de medicamentos, su copago podría ser menor. Nuestro plan ofrece dos maneras de obtener un suministro prolongado (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento incluidos en la lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman regularmente para una afección médica crónica o de larga duración).

1. Algunas farmacias 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 qué farmacias de nuestra red 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

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos 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 las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red únicamente en estas circunstancias:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas.
- Si está intentando surtir una receta médica para un medicamento que no se encuentra habitualmente en una farmacia minorista o de venta 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 le acaban sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si cumple con todas las demás reglas de cobertura identificadas en este documento y en el Formulario, y no hay una farmacia de la red disponible.
- Durante cualquier declaración de desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública en la que los inscritos en la Parte D sean evacuados o desplazados de otro modo de su lugar de residencia y no se pueda esperar razonablemente que obtengan medicamentos cubiertos por la Parte D en una farmacia de la red. Además, en circunstancias en las que los canales de distribución normales no estén disponibles.

Si necesita usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total en lugar de su copago habitual al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el 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 este *Comprobante de Cobertura* , **la denominamos 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 Medicare.

La Lista de Medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Generalmente cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan siempre que usted cumpla con las demás reglas de cobertura explicadas en este capítulo y use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que *sea* :

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se prescribe, o
- Respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System.

, pero no para otras. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de Medicamentos y en Medicare.gov , junto con las afecciones específicas que cubren.

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

Un medicamento de marca es un fármaco de venta con receta que se comercializa bajo una marca registrada propiedad del fabricante. Los productos biológicos son fármacos más complejos que los fármacos convencionales. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, podemos hablar tanto de un fármaco como de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta 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 medicamento de marca o el producto biológico 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 figurar en la Lista de Medicamentos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos de estos medicamentos son más económicos que los recetados y funcionan igual de bien. Para más información, llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306 (* usuarios de TTY, llamen *al 711*).

Medicamentos que no están en la lista de medicamentos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por su plan de Medicaid. Comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid (consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener la 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 figura en nuestra lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 *Seis (6) niveles de copago para los medicamentos de la Lista de Medicamentos*

Cada medicamento de la lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de seis (6) niveles de copago. En general, cuanto mayor 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 - Medicamento de marca preferida
- Nivel 4 - Medicamento no preferido, incluye medicamentos genéricos y de marca.
- Nivel 5 - Nivel especializado, incluye medicamentos genéricos y de marca.
- Nivel 6 - Medicamentos Select Care, incluye medicamentos genéricos y de marca.

Para saber a qué nivel de copago pertenece su medicamento, consúltelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. El importe que usted paga por los medicamentos en cada nivel de copago se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo averiguar 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 le proporcionamos electrónicamente. Esta lista incluye información sobre los medicamentos

cubiertos más utilizados por nuestros miembros. También cubrimos medicamentos adicionales que no aparecen en la lista. Si alguno de sus medicamentos no figura en la lista, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306* (los usuarios de TTY deben llamar *al 711*) para averiguar si lo cubrimos.

- Visite el sitio web de nuestro plan (www.communityhealthchoice.org/medicare). La lista de medicamentos en el sitio web siempre está actualizada.
- Llame al Servicio de Atención al Cliente 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 para 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 para obtener un estimado de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían 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 los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos elaboró estas normas para fomentar el uso más eficaz de los medicamentos tanto en usted como en su médico. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

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

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que un mismo medicamento puede variar según la concentración, la cantidad o la presentación recetada por su médico, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una al día frente a dos al día; comprimido frente a solución oral).

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 lo cubramos. Llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306* (los usuarios de TTY deben llamar al *711*) para saber qué

pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que le eximamos de la restricción, debe usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos una excepción.** Es posible que aceptemos o no eximirle de la restricción. (Vaya al Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan con anticipación

Para ciertos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa** . Este proceso se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos fármacos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. 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 visitando nuestro sitio web https://provider.communityhealthchoice.org/resources/prior-authorization-information/.

Probar primero con otro medicamento

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de efectivos, antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A es menos costoso, nuestro plan podría requerir que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces 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* (usuarios de TTY, llamen *al 711*) o visitando nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/medicare.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de un medicamento en particular, podemos 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 usted desea.

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su médico consideran que debería tomar, no figura en nuestra lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O que la versión genérica esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales en cuanto a la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero dentro de un esquema de copago que hace que su parte del costo sea más cara de lo que usted cree que debería ser.

Si su medicamento se encuentra en un nivel de copago que hace que su costo sea más elevado de lo que usted cree que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o está restringido, aquí tiene algunas opciones sobre lo que puede hacer:

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

Es posible que puedas obtener un suministro temporal.

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

Para poder optar a un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe figurar en la lista de medicamentos de nuestro plan** O **debe estar restringido de alguna manera** .

- **Si eres un nuevo miembro,** cubriremos un suministro temporal de tu medicamento durante el primer mes. ***90 días*** de su membresía en nuestro plan **.**
- **Si usted estuvo en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros ***90 días*** del año calendario.
- Este suministro temporal tendrá una duración máxima de *30 días.* Si su receta es para menos días, le permitiremos surtirla varias veces para cubrir hasta un máximo de *30 días* de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de nuestra red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede dispensar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que llevan más de *90 días en nuestro plan* , residen en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia *de 31 días* de un medicamento específico, o menos si su receta es para un período menor. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.

- Para los miembros actuales con cambios en el nivel de atención:
    - Pueden ocurrir transiciones imprevistas, como altas hospitalarias o cambios en el nivel de atención, mientras usted esté inscrito en nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos o si su acceso a ellos 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 consultar con su médico sobre tratamientos alternativos o para solicitar una excepción a la lista de medicamentos (formulario). Si su médico le receta un medicamento para menos días, puede renovar la receta hasta que haya recibido un suministro de al menos 30 días.
    - Para solicitar un suministro temporal, llame al Servicio de Atención al Socio.

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*).

Durante el tiempo que estés usando un suministro temporal de un medicamento, debes hablar con tu proveedor para decidir qué hacer cuando se te acabe dicho suministro. Tienes dos opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento.

Hablar Consulte con su médico 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, llamen *al 711*) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que le sea adecuado.

Opción 2. Puede solicitar una excepción.

Usted y su médico pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento según sus preferencias. Si su médico considera que existen razones médicas que justifican la solicitud, puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede pedir a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no figure en la lista de medicamentos cubiertos. O bien, puede solicitar que nuestro plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

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

Si su medicamento se encuentra en un nivel de copago que usted considera demasiado alto, aquí tiene algunas cosas que puede hacer:

Puedes cambiar a otro medicamento.

Si su medicamento está en un nivel de copago que usted cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber Otro medicamento con un costo compartido menor podría ser igual de efectivo para usted. Llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306* (usuarios de TTY, llamen *al 711*) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que le sea adecuado.

Puedes solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de copago para el medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor Si usted dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarle 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 tramite de forma 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 comienzo 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** .
- **Cambiar un medicamento a un nivel de copago superior o inferior** .
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** .
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del mismo.**
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico .

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar 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 esos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea periódicamente. A veces recibirá una notificación directa si se realizaron cambios para un medicamento 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 modificar <u>inmediatamente un medicamento similar en la Lista de Medicamentos.</u>**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de copago diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de copago o en uno inferior y con las mismas restricciones o con menos.
    - Solo realizaremos estos cambios inmediatos si añadimos una nueva versión genérica de una marca comercial o si añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya figuraba en la Lista de Medicamentos.
    - Podemos realizar estos cambios de inmediato y avisarle más tarde, incluso si usted toma el medicamento que retiramos o modificamos. Si toma un medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier modificación específica que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o modificar medicamentos similares en la Lista de Medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar, cambiarlo a un nivel de copago diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión que agreguemos estará en el mismo nivel de copago o en uno inferior, y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios únicamente si añadimos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya figuraba en la Lista de Medicamentos.

    - Le avisaremos con al menos 30 días de antelación antes de realizar el cambio o informarle sobre el cambio y cubriremos un *30* días llenar de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminar de la lista de medicamentos peligrosos y otros medicamentos que se retiran del mercado.**
    - En ocasiones, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podríamos eliminarlo inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos una vez que realicemos el cambio.
- **Realizar otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
    - Es posible que, una vez iniciado el año, realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted esté tomando. Por ejemplo : Nos basamos en las advertencias destacadas de la FDA o en las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
    - Le avisaremos con al menos 30 días de antelación antes de realizar estos cambios o informarle sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de *30* días del medicamento que toma.

Si realizamos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con su médico sobre las opciones que mejor se adapten a usted, incluyendo cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección, o solicite una decisión de cobertura para cumplir con las nuevas restricciones del medicamento que está tomando. Usted o su médico pueden solicitar una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado 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.

Es posible que realicemos algunos cambios en la lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no le afectará si está tomando el medicamento cuando se realice; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Trasladamos su medicamento a un nivel de copago más alto .
- Hemos impuesto una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted toma (excepto la retirada del mercado, la sustitución de un medicamento de marca por un genérico u otro

cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará a su uso ni a lo que usted paga como parte del coste hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el presente año del plan . Deberá consultar la Lista de Medicamentos para el 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 tipos de medicamentos recetados están *excluidos* . Esto significa que Medicare no cubre estos medicamentos.

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

Aquí hay 3 reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no cubre medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no cubre el uso *no autorizado* de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System. El uso *no autorizado* se refiere a cualquier uso del medicamento distinto de los indicados en su etiqueta y aprobados por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos por su plan de Medicaid. Comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid (consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener la información de contacto).

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Fármacos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado.

- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- con receta médica , excepto vitaminas prenatales y preparados 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 ambulatorios para los que el fabricante requiere pruebas o servicios de monitorización asociados deben adquirirse únicamente del fabricante como condición de venta.

Si recibe **Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus recetas, esta ayuda no cubrirá los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid podría cubrir algunos medicamentos que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Encontrará 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 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 nuestra parte del costo de su medicamento. Deberá pagar a la farmacia la parte *que le* corresponde del costo cuando recoja su receta.

Si no tiene consigo la información de afiliación a 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 en nuestro plan .

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

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

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

Si usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan, Por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando cumplan con todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)

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

Consulte su *directorio de farmacias* en www.communityhealthchoice.org/medicare Para saber si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo (LTC) o la que utiliza forma parte de nuestra red, llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306* (usuarios de TTY, llamen *al 711*). Si se encuentra en un centro de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de forma regular a través de nuestra red de farmacias para centros de cuidados a largo plazo.

Si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de Medicamentos o que está restringido de alguna manera , diríjase a la Sección 5 para obtener información sobre cómo conseguir un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si usted está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

El programa de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si usted está inscrito en el programa de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, antieméticos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su programa porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que los recetó o de su proveedor de cuidados paliativos indicando que el medicamento no está relacionado con su enfermedad terminal 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 cuidados paliativos o al médico que le recetó el medicamento que nos notifique antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de cuidados paliativos o Una vez que reciba el alta del programa de cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos, tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice su cobertura de Medicare para cuidados paliativos, lleve consigo la documentación que verifique su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y gestión de los mismos

Realizamos revisiones del consumo de drogas para garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Realizamos una revisión cada vez que usted 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 usted 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 perjudicarle si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que usted toma
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

Si detectamos algún posible problema en el uso que usted hace de sus medicamentos, trabajaremos con su médico para corregirlo.

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos que se consumen indebidamente con frecuencia . Este programa se denomina Programa de Manejo de Drogas (PMD). Si usted consume opioides recetados por varios médicos o en varias farmacias, o si ha sufrido una sobredosis reciente de opioides, podríamos hablar con sus médicos para asegurarnos de que

su consumo de opioides sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si determinamos que su consumo de opioides o benzodiazepinas recetadas podría no ser seguro, podríamos limitar la forma en que puede obtenerlos. Si lo incluimos en nuestro PMD, las limitaciones podrían ser:

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

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitamos la cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere y cualquier otra información que considere importante que sepamos . Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando alguna 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 ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro programa de manejo de enfermedades crónicas si padece ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si recibe cuidados paliativos, de hospicio o al final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Gestión de la Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los Miembros a gestionar sus medicamentos.

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Gestión de la Terapia con Medicamentos (GTM). 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 cuyo costo supera un límite específico, o que participan en un programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudarlos a usar opioides de forma segura, pueden acceder a

servicios a través de un programa de administración de medicamentos (MTM). Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le realizará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, podrá 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 recomendaciones que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la dosis, la frecuencia y el motivo de su administración. 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 la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su cita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela consigo (por ejemplo, junto con su identificación) en caso de que tenga que ir al hospital o a urgencias.

Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo daremos de baja. Para preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306* (usuarios de TTY, llamen *al 711*).

CAPÍTULO 6:
Lo que pagas por los medicamentos de la Parte D

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

En este capítulo, utilizamos el término «medicamento» para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. No todos los medicamentos pertenecen a 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 Medicare Parte A o Parte B.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utilice la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos (www.communityhealthchoice.org/medicare) , el costo que verá le mostrará 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 el costo de sus medicamentos si recibe Ayuda Adicional para cubrir los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

Como usted es elegible para Medicaid, califica para la Ayuda Adicional de Medicare y la recibe para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que recibe esta Ayuda Adicional, es posible **que parte de la información en este** *Comprobante de Cobertura* **sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le sea aplicable.** Le enviamos un folleto aparte, llamado *Anexo del Comprobante 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* .

Sección 1.1 Tipos de gastos que usted puede tener que pagar de su bolsillo por medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por la Parte D que se le pueden solicitar que pague:

- **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 pagas cada vez que surtes una receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo

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

Estos pagos <u>están incluidos</u> en sus gastos de bolsillo.

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

- La cantidad que pagas por los medicamentos cuando te encuentras 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 tus drogas realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por Extra Help de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA , Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Transición a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de $2,400 Si incurre en gastos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo.

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

- Drogas que usted compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que usted 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 para Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en el marco del Programa de Descuento para Fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo en 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 gastos totales de bolsillo

- La *explicación de beneficios* (EOB) de la Parte D que usted recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,400, la *EOB de la Parte D* le indicará que ha salido de la Etapa de Cobertura Inicial y ha pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos** . Vaya a la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para ayudarnos a 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 **2 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo Community DualCare Access (HMO D-SNP). Cuánto paga por cada receta depende de en qué etapa se encuentre cuando Usted obtiene una receta médica, ya sea para surtirla o renovarla. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa de deducción anual**
- **Etapa 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 de los costos 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 de medicamentos a la siguiente. Registramos dos tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** esto es lo 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 realizado por sus medicamentos por 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).
- **Costo total de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por 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 por la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos un *EOB de la Parte D.* El EOB de *la Parte D* incluye:

- **Información del mes** . Este informe detalla los pagos de 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 otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra el costo total de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Aquí se muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios de precio desde la primera dispensación para cada receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles a menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con un menor costo compartido para cada reclamación de receta, si corresponde.

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

Para llevar un registro de sus gastos en medicamentos y los pagos que realiza por ellos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. A continuación, le indicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a estar al tanto de las recetas que surte y de lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que usted puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos 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 Entréguenos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando usted paga un copago por medicamentos proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Siempre que compre medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenezcan a la red o pague el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto por su seguro, puede solicitar que nuestro plan pague la parte que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas realizan en su nombre.** Los pagos efectuados por ciertas personas y organizaciones también se incluyen en sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el VIH/SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y organizaciones benéficas se incluyen en sus gastos de bolsillo. Conserve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos .** Cuando reciba el *Resumen de Beneficios (EOB) de la Parte D* , revíselo para asegurarse de que la información sea completa y 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*). Asegúrese de conservar estos informes.

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

DualCare Access (HMO D-SNP) no tiene deducible . La cobertura comienza en la etapa inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la etapa inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 El precio que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde surta su receta.

Durante la etapa inicial de cobertura, nuestro plan cubre su parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga la suya (su copago *o* coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

Nuestro plan tiene *6* niveles de participación en los costos.

Cada medicamento de la lista de medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los *6* niveles de copago. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de copago, 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 preferida
- Nivel 4 - Medicamento no preferido, incluye medicamentos genéricos y de marca.
- Nivel 5 - Nivel especializado, incluye medicamentos genéricos y de marca.
- Nivel 6 - Medicamentos Select Care, incluye medicamentos genéricos y de marca.

Para saber en qué nivel de copago se encuentra su medicamento, consúltelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

El precio que pagas por un medicamento depende de si lo obtienes de:

- Una cadena de farmacias minoristas

- Farmacias que no pertenecen a nuestra red. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en casos limitados. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubrimos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de venta por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y *el Directorio de Farmacias de nuestro plan en 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 un coseguro.

El importe del copago o coseguro depende del nivel de reparto de costes.

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

Sus costos por un suministro *de un mes* de un medicamento cubierto por la Parte D

Nivel	Venta minorista en -red con reparto de costes. (Suministro para hasta *30* días)	Reparto de gastos en pedidos por correo (Suministro para hasta *30* días)	Reparto de costes de la atención a largo plazo (ATL) (Suministro para hasta *31* días)	Reparto de costes fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro para hasta *30* días)
Nivel 1 de reparto de costes Genérico preferido	***Copago de $0***	***Copago de $0***	**Copago de $0**	**Copago de $0**

Nivel	Venta minorista en -red con reparto de costes. (Suministro para hasta *30* días)	Reparto de gastos en pedidos por correo (Suministro para hasta *30* días)	Reparto de costes de la atención a largo plazo (ATL) (Suministro para hasta *31* días)	Reparto de costes fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro para hasta *30* días)
Nivel 2 de reparto de costes Genérico	**Copago de $0; o copago de $1.65; o copago de $5.80; o coseguro del 25%**	**Copago de $0; o copago de $1.65; o copago de $5.80; o coseguro del 25%**	**Copago de $0; o copago de $1.65; o copago de $5.80; o coseguro del 25%**	**Copago de $0; o copago de $1.65; o copago de $5.80; o coseguro del 25%**
Nivel 3 de reparto de costes Marca preferida	**Copago de $0; o copago de $5.00; o copago de $14.40; o coseguro del 25%**	**Copago de $0; o copago de $5.00; o copago de $14.40; o coseguro del 25%**	**Copago de $0; o copago de $5.00; o copago de $14.40; o coseguro del 25%**	**Copago de $0; o copago de $5.00; o copago de $14.40; o coseguro del 25%**

Nivel	Venta minorista en -red con reparto de costes. (Suministro para hasta *30* días)	Reparto de gastos en pedidos por correo (Suministro para hasta *30* días)	Reparto de costes de la atención a largo plazo (ATL) (Suministro para hasta *31* días)	Reparto de costes fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro para hasta *30* días)
Nivel 4 de reparto de costes Medicamento no preferido	**Medicamentos genéricos:** **Copago de $0; o copago de $1.65; o copago de $5.80; o coseguro del 25%** **Todos los demás medicamentos:** **Copago de $0; o copago de $5.00; o copago de $14.40; o coseguro del 25%**	**Medicamentos genéricos:** **Copago de $0; o copago de $1.65; o copago de $5.80; o coseguro del 25%** **Todos los demás medicamentos:** **Copago de $0; o copago de $5.00; o copago de $14.4; o coseguro del 25%**	**Copago de $0; o copago de $5.00; o copago de $14.40; o coseguro del 25%**	**Copago de $0; o copago de $5.00; o copago de $14.40; o coseguro del 25%**

Nivel	Venta minorista en -red con reparto de costes. (Suministro para hasta *30* días)	Reparto de gastos en pedidos por correo (Suministro para hasta *30* días)	Reparto de costes de la atención a largo plazo (ATL) (Suministro para hasta *31* días)	Reparto de costes fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro para hasta *30* días)
Nivel 5 de reparto de costes Nivel especializado	**Todos los demás medicamentos:** **Copago de $0; o copago de $5.00; o copago de $14.40; o coseguro del 25%**	**Todos los demás medicamentos:** **Copago de $0; o copago de $5.00; o copago de $14.40; o coseguro del 25%**	**Copago de $0; o copago de $5.00; o copago de $14.40; o coseguro del 25%**	**Copago de $0; o copago de $5.00; o copago de $14.40; o coseguro del 25%**
Nivel 6 de reparto de costes Medicamentos Select Care	**Copago de $0**	**Copago de $0**	**Copago de $0**	**Copago de $0**

Para obtener más información sobre el reparto de costes de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 8.

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

Por lo general, el precio de un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en que usted o su médico prefieran que tenga un suministro menor al de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede

pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense un suministro menor al de un mes completo si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de reabastecimiento.

Si recibe una cantidad inferior a la necesaria para un mes completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar el importe total del mes.

- Si usted es responsable del coseguro, pagará 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 del copago del medicamento, solo paga por los días que lo recibe, en lugar de un mes completo. Calculamos el monto que usted paga por día (la tasa de copago diario) y lo multiplicamos por la cantidad de días que recibe el medicamento.

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

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

Sus costos por un suministro *a largo plazo* (90 días) de un medicamento cubierto por la Parte D

Nivel	Reparto de costes minoristas estándar (dentro de -la red) *(Suministro para hasta 90 días)*	Reparto de costes preferenciales en tiendas (dentro -de la red) *(Suministro para hasta 90 días)*	Reparto de gastos en pedidos por correo *(Suministro para hasta 90 días)*
Nivel 1 de reparto de costes Genérico preferido	**Copago de $0**	**Copago de $0**	**Copago de $0**
Nivel 2 de reparto de costes Genérico	**Copago de $0 a $17.40; o coseguro del 25%.**	**Copago de $0 a $43.20; o coseguro del 25%.**	**Copago de $0 a $43.20; o coseguro del 25%.**
Nivel 3 de reparto de costes Marca preferida	**Copago de $0 a $43.20; o coseguro del 25%.**	**Copago de $0 a $43.20; o coseguro del 25%.**	**Copago de $0 a $43.20; o coseguro del 25%.**

Nivel	Reparto de costes minoristas estándar (dentro de -la red) *(Suministro para hasta 90 días)*	Reparto de costes preferenciales en tiendas (dentro -de la red) *(Suministro para hasta 90 días)*	Reparto de gastos en pedidos por correo *(Suministro para hasta 90 días)*
Nivel 4 de reparto de costes Medicamento no preferido	**Copago de $0 a $43.20; o coseguro del 25%.**	**Copago de $0 a $43.20; o coseguro del 25%.**	**Copago de $0 a $43.20; o coseguro del 25%.**
Nivel 5 de reparto de costes Nivel especializado	**Copago de $0 a $43.20; o coseguro del 25%.**	**Copago de $0 a $43.20; o coseguro del 25%.**	**Copago de $0 a $43.20; o coseguro del 25%.**
Nivel 6 de reparto de costes Medicamentos Select Care (suministro para hasta 100 días)	**Copago de $0**	**Copago de $0**	**Copago de $0**

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo para el año alcancen los $2,400.

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen *el umbral de $2,400 .* Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

El *EOB de la Parte D* que usted recibe le ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, nuestro plan y cualquier tercero que haya realizado gastos en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,400 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, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted ingresa la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo

alcanzan los $2,400 *umbral de desembolso de bolsillo* límite para el año calendario. Una vez que se encuentra en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

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

Mensaje 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 (usuarios de TTY, llamen al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y el copago de vacunas específicas.

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

- La primera parte es el costo 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).

Sus costos Para una vacuna de la Parte D, depende de 3 cosas:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés).**
    - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están recomendadas por el ACIP y son gratuitas.
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 te 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 del médico.

El precio que pagues al recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **fase de pago del medicamento** en la que te encuentres.

- Cuando te vacunas, es posible que tengas que pagar el costo total, tanto de la vacuna como de la administración por parte del proveedor. Puedes solicitar a nuestro plan que te reembolse la parte que nos corresponde. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se te reembolsará el costo total que pagaste.
- En otras ocasiones, cuando te vacunan, solo pagas la parte del costo que te corresponde según tu plan de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagas nada.

A continuación se muestran 3 ejemplos de cómo podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Puedes recibir la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si tienes esta opción, depende de dónde vivas. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son gratuitas.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro *o* copago. por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan cubrirá el resto de los gastos.

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

- Cuando recibas la vacuna, es posible que tengas que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del servicio de administración.
- Posteriormente, puede solicitar que nuestro plan pague la parte que nos corresponde del costo, siguiendo 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 que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe que pagó menos cualquier coseguro *o* copago por la vacuna (incluida la administración) y menos cualquier diferencia entre lo 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.

- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos incluidas en la Parte D, usted 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.
- Posteriormente, puede solicitar que nuestro plan pague la parte que nos corresponde del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el importe total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe que pagó menos cualquier copago por la administración de la vacuna y menos la diferencia entre lo que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:
Pedirnos 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 de los servicios o medicamentos cubiertos.

Nuestros proveedores de la red facturan directamente a nuestro plan por los servicios y medicamentos cubiertos; usted no debería recibir una factura por dichos servicios o medicamentos. Si recibe una factura por atención médica o medicamentos, envíenosla para que podamos pagarla. Al recibirla, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios y medicamentos están cubiertos. Si determinamos que sí lo están, pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan , puede solicitar que nuestro plan le reembolse el importe adeudado (este reembolso se conoce comúnmente como **devolución**). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el importe adeudado cuando haya pagado más de lo que le corresponde por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir 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 sí lo están, le reembolsaremos el importe correspondiente.

También puede haber ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica recibida o por un monto mayor al que le corresponde. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si no lo logra, envíenos la factura en lugar de pagarla. La revisaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que sí, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos. Nunca debe pagar más del copago permitido por su plan. Si este proveedor tiene un contrato con su plan, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

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

1. **Cuando recibió atención médica de emergencia o urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan.**
    - Puedes obtener servicios de emergencia o que necesites con urgencia de cualquier proveedor, independientemente de si forma parte de nuestra red o no . En estos casos, solicita al proveedor que facture a nuestro plan.
    - Si usted paga el importe total al recibir la atención médica, solicítenos el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación que acredite los pagos realizados.
    - Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe . Envíenos esta factura, junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
        - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente.
        - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde del coste del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos la parte que nos corresponde.

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

    Los proveedores de red siempre deberían facturar directamente a nuestro plan. Pero a veces cometen errores y nos piden que paguemos por nuestros servicios.

    - Si recibes una factura de tu proveedor de red que consideres excesiva, envíanosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
    - Si ya pagó una factura a un proveedor de red, pero cree que pagó de más, envíenos la factura junto con la documentación que acredite el pago realizado. Solicite el reembolso de los servicios cubiertos.

3. **Si te has inscrito retroactivamente en nuestro plan**

    En ocasiones, 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 incluso pudo 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 la fecha de inscripción, puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte de los costos. Para ello, deberá presentar la documentación pertinente, como recibos y facturas, para que podamos gestionar el reembolso.

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

   Si acude a una farmacia que no pertenece a nuestra red, es posible que no puedan enviarnos la reclamación directamente. En ese caso, tendrá que pagar el precio total de su receta.

   Guarda tu recibo y envíanos una copia cuando solicites el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerda que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulta el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no te reembolsemos la diferencia entre lo que pagaste por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

   Si no tiene consigo su tarjeta de membresía del 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 necesaria de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta.

   Guarda tu recibo y envíanos una copia cuando solicites el reembolso de nuestra parte del costo. Es posible que no te reembolsemos el importe total si el precio en efectivo que pagaste es superior al precio acordado para la receta.

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

   Es posible que usted deba pagar el costo total de la receta porque, por alguna razón, descubre que el medicamento no está cubierto.

   - Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la lista de medicamentos de nuestro plan o que tenga algún requisito o restricción que desconocías o que crees que no te corresponde. Si decides obtener el medicamento de inmediato, es posible que tengas que pagar su precio completo.
   - Guarde su recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es superior al precio acordado para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento está cubierto. Esto se denomina **decisión de cobertura** . Si decidimos que está cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que usted recibió

Puede solicitarnos el reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, adjunte su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable que guarde una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe presentar su reclamación dentro de los *12 meses*** siguientes a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarnos de que nos proporciona toda la información necesaria para tomar una decisión , puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario desde 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 solicite el formulario.

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

Solicitud de pago de reclamaciones

Apartado de correos 301404

Houston, TX 77230-1404

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le diremos sí o no.

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

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todos los requisitos, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso correspondiente. Si pagó el costo total del medicamento, es posible que no se le reembolse la totalidad (por ejemplo, si lo adquirió en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es superior al precio acordado). Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento *no están* cubiertos, o si usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos

una carta explicando los motivos por los que no realizamos el pago y sus derechos para apelar dicha decisión.

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

Si cree que nos equivocamos 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 un procedimiento formal con instrucciones detalladas 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 proporcionarle información de una manera que le resulte útil 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 manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluyendo a aquellos con dominio limitado del inglés, dificultades de lectura, discapacidad auditiva o con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en otros idiomas además del inglés, como español y braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a 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 convenga, llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306* (los usuarios de TTY deben llamar *al 711*).

Nuestro plan exige que las mujeres inscritas tengan la opción de acceder directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para recibir servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles en la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el copago correspondiente a la red. Si se encuentra en una situación en la que 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 copago correspondiente a la red.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para consultar con un especialista en salud femenina o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante Community DualCare Access (HMO D-SNP). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1.800.368.1019 o al TTY 1.800.537.7697.

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea 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.

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 garantizar que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red de nuestro plan para que le proporcione y organice sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una derivación. No le exigimos que obtenga derivaciones para acudir a proveedores de red.

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

Si cree que no está recibiendo atención médica o medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud.

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 personal de salud incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como su historial médico y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito, llamado *Aviso de Prácticas de Privacidad* , En este documento se describen estos derechos y se 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 en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de compartir su información médica con alguien que no le esté brindando atención médica ni pagando por ella, *estamos obligados a obtener primero su autorización por*

escrito o la de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.

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

Puedes ver la información en tus registros y saber cómo se ha compartido con otros.

Usted tiene derecho a consultar su historial médico almacenado en nuestro plan y a obtener una copia. Podemos cobrarle una tarifa por las copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos o corrijamos información a su historial médico. Si nos lo solicita, trabajaremos con su proveedor de atención médica para determinar si se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con terceros para fines que no sean rutinarios.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud 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 los servicios cubiertos .

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

Si desea obtener 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*):

- **Información sobre nuestro plan** . Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.

- **Información sobre nuestros proveedores de red y Farmacias.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos .
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al utilizarla.** Los capítulos 3 y 4 ofrecen información sobre servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 ofrecen información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito 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 solicitar que cambiemos una decisión, lo que se conoce como apelación.

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

Usted tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros profesionales de la salud. Sus profesionales deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender* .

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones junto con sus médicos sobre cuál es el mejor tratamiento para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Para conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de su costo o de si están cubiertas por nuestro plan . Esto también incluye informarle sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Para conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su atención médica. Debe informarse con antelación si cualquier tratamiento o atención médica propuesta forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental .
- **Derecho a decir “no ” .** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, asume la plena responsabilidad de las consecuencias para su salud.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Si te encuentras en esta situación, tienes derecho a expresar lo que deseas que suceda. Esto significa que, *si quieres* , puedes:

- Rellene un formulario por escrito para otorgar **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez usted no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dé a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que gestionen su atención médica si usted llega a ser incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

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

Cómo elaborar un testamento vital para dar instrucciones:

- **Obtén un formulario.** Puedes obtener un anticipo. Formulario de directivas 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.
- **Rellene el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde lo obtenga, se trata de un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo .
- **Entregue copias del formulario a las personas indicadas.** Entregue una copia a su médico y a la persona que usted designe en el formulario para que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. También puede entregar copias a familiares o amigos cercanos. Conserve una copia en casa.

Si sabe con antelación que va a ser hospitalizado y ha firmado un testamento vital, **lleve una copia al hospital** .

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de voluntades anticipadas y si lo lleva consigo.
- Si no firmó un formulario de directivas anticipadas, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Completar un testamento vital es una decisión personal (incluso si desea firmarlo estando hospitalizado). Según la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarlo por haber firmado o no un testamento vital.

Si no se siguen sus instrucciones

Si usted firma un testamento vital y cree que un médico o un hospital no siguió las instrucciones indicadas, puede presentar una queja ante la Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. Consulte el Capítulo 9, Sección 1 para obtener información de contacto.

Sección 1.6 Usted 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 indica qué puede hacer. Sea cual sea su decisión —ya sea solicitar una resolución sobre la cobertura, presentar una apelación o presentar una queja— **estamos obligados a tratarle con imparcialidad** .

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, etnia, 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 local de Derechos Civiles.

Si crees que has sido tratado injustamente o que tus derechos no han sido respetados *y no* se trata de discriminación, puedes obtener ayuda para solucionar el problema que tienes en estos lugares:

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente de nuestro plan al *1.833.276.8306* (los usuarios de TTY deben llamar *al 711*).**
- **Llame a su oficina local de SHIP** al *1.800.252.9240*
- **Llame a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas o a la Oficina del Defensor del Pueblo de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.** Para obtener más detalles, 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

Obtén más información sobre tus derechos en estos lugares:

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente al *1.833.276.8306* (los usuarios de TTY deben llamar *al 711*).**
- **Llame a su oficina local de SHIP** al 1.800.252.9240
- **Contacta con Medicare**
    - Visite 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 las cosas que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente 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 este *comprobante de cobertura* para saber qué servicios están cubiertos y las normas que debe seguir para acceder a ellos.
    - Los capítulos 3 y 4 ofrecen detalles sobre los servicios médicos.
    - Los capítulos 5 y 6 ofrecen detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si usted cuenta con cualquier otra cobertura médica o de medicamentos además de nuestro plan, está obligado a informarnos.** El capítulo 1 explica 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. Siempre que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros profesionales sanitarios a ayudarle proporcionándoles información, haciendo preguntas y haciendo un seguimiento de su tratamiento.**
    - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y demás profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones acordadas con sus médicos.

  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tienes alguna pregunta, asegúrate de preguntar y obtener una respuesta que puedas entender.
- **Sé considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. Asimismo, esperamos que actúen de manera que contribuyan al buen funcionamiento de los consultorios médicos, hospitales y demás centros sanitarios.
- **Pague lo que debe** . Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar pagando sus primas de Medicare.
  - Para la mayoría de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar su parte del costo al momento de obtener el medicamento.
- **Si te mudas *dentro de* nuestra área de servicio , necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado tu registro de membresía y saber cómo contactarte.
- **Si te mudas *fuera de* nuestra área de servicio, no podrás seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe a la Seguridad Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene algún problema o queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, reclamaciones)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

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

1. Ya sea que su problema se trate de beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid** . Si desea ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, o ambos, llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306* (usuarios de TTY llamen *al 711*).
2. El tipo de problema que tienes:
    - Para algunos problemas, es necesario utilizar el **proceso de decisiones y apelaciones sobre la cobertura** .
    - Para otros problemas, debe utilizar el **procedimiento para presentar quejas** (también llamadas reclamaciones).

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

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso adecuado y los pasos a seguir.

Sección 1.1 Términos legales

En este capítulo se utilizan términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican. Muchos de estos términos resultan desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se emplean palabras más comunes en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer la terminología legal correcta. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles sobre cómo abordar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le hemos dado, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306* (Los usuarios de TTY deben llamar *al 711*) para obtener ayuda. En algunas situaciones, también puede que necesite ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP).

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con asesores capacitados. Este programa no está afiliado a nosotros ni a ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso adecuado para resolver un problema. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Comuníquese con el Programa de Información, Asesoramiento y Defensa en Salud (HICAP) al 1.800.255.1090. Consulte el Capítulo 2 para obtener más detalles.

Seguro médico del estado

También puede ponerse en contacto con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.
- Usted visita Medicare.gov .

Puedes obtener ayuda e información de Medicaid.

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

- Llame al 1.800.252.8263 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora central).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema?

Dado que usted cuenta con Medicare y recibe asistencia de Medicaid, dispone de diferentes procedimientos para resolver su problema o queja. El procedimiento a utilizar depende de si el problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema se refiere a un beneficio cubierto por Medicare, utilice el procedimiento de Medicare. Si su

problema se refiere a un beneficio cubierto por Medicaid, utilice el procedimiento de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si debe utilizar el procedimiento 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 distintas secciones de este capítulo. Para saber qué sección debe leer, consulte la tabla a continuación.

¿Su problema tiene que ver con los beneficios de Medicare o con los de Medicaid?

Mi problema tiene que ver con las prestaciones **de Medicare** .

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

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

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

SECCIÓN 4 Cómo solucionar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

¿Su problema o inquietud se refiere a sus beneficios o cobertura?

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

Sí.

Consulte **la Sección 5, Guía para las decisiones sobre cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte **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 sobre cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Guía para las decisiones sobre cobertura y las apelaciones

Las decisiones y apelaciones sobre la cobertura abordan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluyendo el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica** . Puede utilizar el proceso de decisiones y apelaciones sobre la cobertura para cuestiones como si algo está cubierto o no, y la forma en que se cubre.

Solicitar información sobre la cobertura antes de recibir los servicios.

Si desea saber si cubriremos su 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 nuestro médico de la red lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* indique claramente que el servicio remitido nunca está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si

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

En determinadas circunstancias, una solicitud de decisión sobre la cobertura será rechazada, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin autorización legal o si usted solicita retirarla. Si rechazamos una solicitud de decisión sobre la cobertura, le enviaremos una notificación explicando el motivo del rechazo y cómo solicitar una revisión.

Tomamos una decisión sobre la cobertura cuando 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 lo está . Si no está de acuerdo con esta decisión, puede presentar una apelación.

Hacer una apelación

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

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos las reglas correctamente. Una vez finalizada la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias excepcionales, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud son: si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin autorización legal para hacerlo, o si usted solicita retirar 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.

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

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Ir a **Consulte la sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2 para la atención médica.

- Las apelaciones de la Parte D se tratan en la Sección 7.

Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión sobre la cobertura o para presentar una apelación.

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

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente al *1.833.276.8306* (los usuarios de TTY deben llamar *al 711*).**
- **Obtenga ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico.
- **Su médico puede presentar una solicitud en su nombre.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario *de Designación de Representante* (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
    - Para recibir atención médica, su médico puede solicitar una decisión sobre la 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 le recete 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 le recete medicamentos puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puedes pedirle a alguien que actúe en tu nombre.** Puedes designar a otra persona para que actúe como tu representante para solicitar una decisión sobre la 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 711*) y solicite el formulario *de Designación de Representante* . (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este formulario autoriza a dicha persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted designe. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
    - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podremos completar la revisión hasta que lo recibamos. Si

no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, esta será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito explicándole 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 u obtener el nombre de uno a través de su colegio de abogados local u otro servicio de referencia . Existen organizaciones que ofrecen servicios legales gratuitos si cumple con los requisitos. Sin embargo, **no es necesario contratar un abogado** para solicitar una decisión sobre la cobertura o para apelar una decisión.

Sección 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones distintas que implican decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. A continuación, detallamos cada una de ellas:

- **Sección 6:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 8:** Cómo solicitar que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto.
- **Sección 9:** Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está por terminar demasiado pronto (*Se aplica únicamente a estos servicios* : atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios de centros de rehabilitación ambulatoria integral (CORF)).

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame al Servicio de Atención al Cliente al *1.833.276.8306* (los usuarios de TTY deben llamar *al 711*). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

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

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

Esta sección explica qué puedes hacer si te encuentras en alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. Usted no está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de servicios médicos desea brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le dijimos que no la pagaríamos. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Usted recibió y pagó por atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, y desea solicitar que nuestro plan le reembolse dicha atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le informa que la cobertura de ciertos servicios médicos que ha estado recibiendo y que previamente aprobamos 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 corresponde a atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios de centros de rehabilitación ambulatoria integral (CORF, por sus siglas en inglés)** , consulte las secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a este tipo de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura

Términos legales:

Una decisión sobre la cobertura que afecta a su atención médica se denomina **determinación de la organización.**

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, la decisión sobre la cobertura estándar se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, y 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios. o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Generalmente, la decisión sobre la cobertura se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. *Solo* puede obtener una decisión de cobertura rápida si el uso de los plazos

estándar pudiera perjudicar gravemente su salud o afectar su capacidad para recuperar sus funciones.

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

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

- Explica que utilizaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico le pide una decisión rápida sobre la cobertura , le daremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura .
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle 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 sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

- Para empezar, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para solicitar que autoricemos o cubramos la atención médica que necesita. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3 : Analizamos 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 después de que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicita no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario. Una vez recibida su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos información adicional que pueda serle útil, **podemos demorar hasta 14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si necesitamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar 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 responderemos tan pronto como tomemos una 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 rápidas sobre la cobertura, utilizamos un plazo acelerado.

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

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos información adicional que pueda serle útil, **podemos demorar hasta 14 días naturales más** . Si necesitamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* demorarnos más, puede presentar una *queja formal* . (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos en cuanto tomemos una decisión.
- Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito que explique los motivos de nuestra negativa.

Paso 4 : Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

Si le denegamos la solicitud, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura médica que desea. Si presenta una apelación, pasará a la primera etapa del proceso de apelación.

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: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una apelación estándar se presenta dentro de los 30 días naturales, o 7 días naturales para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se presenta generalmente dentro de las 72 horas.

- Si usted apela 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 estado de salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los necesarios para obtener una decisión de cobertura rápida , según se establece en la Sección 6.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite nuestro plan para una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si desea una resolución rápida de su apelación, hágalo por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe presentar su apelación dentro de los 65 días calendario** siguientes a 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 razón justificada, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Es posible que le concedamos más tiempo. Algunos ejemplos de causas justificadas incluyen una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para presentar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden Añada más información para respaldar su apelación.**

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

- Al revisar su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas al denegar su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y podríamos ponernos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones urgentes, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación** . Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos información adicional que pueda serle útil, podemos **extender el plazo hasta 14 días naturales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico . Si necesitamos más días, se lo notificaremos por escrito. No podemos extender el plazo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos respuesta en un plazo de 72 horas (o al finalizar el plazo extendido si nos tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por un organismo de revisión independiente. Dicho organismo le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos 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. Le responderemos **en un plazo de 30 días naturales** a partir de 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 **en un plazo de 7 días naturales** a partir de la recepción de su apelación . Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.

    - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos información adicional que pueda serle útil, **podemos demorar hasta 14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico **.** Si necesitamos más tiempo, se lo notificaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si considera que *no deberíamos* demorar más de unos días, puede presentar una queja rápida. Al presentar una queja rápida, le daremos 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 instancia de apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente la evaluará. Dicha organización le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa 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 total o parcialmente su apelación** , la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. Dicha organización le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

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 la denomina **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una entidad independiente contratada por Medicare** . No tiene ninguna 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 de su caso** . **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente** .
- Usted tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores del organismo de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relativa a su apelación.

Si tu apelación fue rápida en el Nivel 1, también lo será en el Nivel 2.

- Para el atractivo rápido, 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, **el proceso puede demorar hasta 14 días naturales adicionales** . Si se demoran más, se le notificará por escrito. La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si tuviste una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrás 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 darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **el proceso puede demorar hasta 14 días naturales adicionales** . Si se demoran más, se le notificará por escrito. La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le dará su respuesta.

La organización de revisión independiente le dirá Su decisión por escrito y explicar los motivos de la misma.

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parcial o totalmente una solicitud de un artículo o servicio médico ,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de **las 72 horas** o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario. Una vez que recibamos la decisión del organismo de revisión independiente para **las solicitudes estándar** , disponemos de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión del organismo de revisión independiente. Para **las solicitudes urgentes** , disponemos de **72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión del organismo de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba parcial o totalmente una solicitud de un medicamento de la Parte B** , debemos autorizar o suministrar dicho medicamento 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 urgentes,** disponemos de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos 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 para atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **ratificar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
    - Explica la decisión.
    - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita cumple con un mínimo determinado. La notificación escrita que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares 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 decide si desea continuar con su apelación.

- Tras el Nivel 2, existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelación (para un total de 5 niveles). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá tras su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es tramitada por 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 pide que le reembolsemos *nuestra parte de* una factura que recibió por atención médica

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por *Si recibe servicios o artículos cubiertos* por Medicaid , envíenos la factura. **No la pague usted mismo.** Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso del proveedor de atención médica si siguió los requisitos para recibir el servicio o artículo.

Solicitar un reembolso es solicitar una decisión de cobertura por nuestra parte.

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión sobre la cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si siguió las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago correspondiente a nuestra parte del costo, generalmente dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica , enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o si usted *no* siguió todas las reglas, no realizaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta indicando que no cubriremos los gastos médicos y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación** . Al presentar una apelación, nos solicita que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el procedimiento de apelaciones descrito en la Sección 6.3 . Para las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si solicita el reembolso de la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación urgente.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación posterior al Nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días naturales.

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 que estén cubiertos, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata exclusivamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, en el resto de esta sección generalmente usamos *el término "medicamento" , en lugar de repetir "medicamento recetado ambulatorio cubierto"* o *"medicamento de la Parte D"* cada vez. 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 los requisitos, puede consultarnos. 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 contactarnos para solicitar una decisión sobre la cobertura.

Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D

Término legal:

La decisión inicial sobre la cobertura de sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la preaprobación de un medicamento. **Solicitar una decisión sobre la cobertura. Sección 7.4**
- Pague un medicamento recetado que ya compró. **Solicite que le reembolsemos el dinero. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre su cobertura, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 7.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura 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** .

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto que no es de su preferencia. es una **excepción de estratificación** .

Si un medicamento no está cubierto como usted desearía, puede solicitarnos una **excepción** . Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura.

Para que podamos considerar su solicitud de excepción, su médico u otro profesional sanitario que le prescriba el medicamento deberá explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe dicha excepción. A continuación, le presentamos 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional sanitario que nos prescriba puede 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 monto de copago que se aplica a los medicamentos del *nivel 4.* No puede solicitar una excepción al monto de copago que le exigimos que pague por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos.
2. **Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto** . El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eximirle de una restricción, puede solicitar una excepción al monto de copago que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de copago inferior.** Todos los medicamentos de nuestra lista se encuentran en uno de los *6* niveles de copago. En general, cuanto menor sea el número del nivel de copago, menor será su parte del costo del medicamento.
    - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de copago inferior al de su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el importe de copago que se aplique a los medicamentos alternativos.
    - Si aprobamos su solicitud de excepción de nivelación y existe más de un nivel de copago inferior con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente pagará la cantidad más baja.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar excepciones

Su médico debe indicarnos los motivos médicos.

Su médico u otro profesional sanitario que le haya recetado el medicamento debe proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos por los que solicita la excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional sanitario al solicitar la excepción.

Nuestra lista de medicamentos normalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos** . Si un medicamento alternativo fuera igual de efectivo que el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente no lo haremos. Aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivelación, por lo general no la aprobaremos a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel de costo compartido más bajo no le funcionen tan bien o sea probable que le causen 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 vigencia de nuestro plan. Esto se aplica siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar una nueva revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluyendo una excepción.

término legal :

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

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las decisiones sobre la cobertura estándar se toman en un plazo de **72 horas** tras recibir su solicitud. **Las decisiones sobre la cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** tras recibir su solicitud.

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una respuesta rápida sobre su cobertura . **A Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura , debe cumplir dos requisitos:**

- Debes estar solicitando un medicamento que aún no has recibido . (No puedes solicitar una decisión de cobertura rápida para que te reembolsen un medicamento que ya compraste).
- Utilizar los plazos estándar podría causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar con normalidad.
- **Si su médico u otro profesional sanitario nos indica que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura , le daremos automáticamente una respuesta rápida .**
- **Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o del profesional que le recetó el medicamento, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión rápida sobre la cobertura .** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura , le enviaremos una carta que:
    - Explica que utilizaremos los plazos estándar.

- Explica que si su médico u otro profesional que le prescriba el medicamento le solicita una decisión rápida sobre la cobertura , le daremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura .
- explicamos cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una resolución de cobertura estándar en lugar de la resolución rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Paso 2 : Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar la autorización o cobertura de la atención médica que necesita. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluyendo las presentadas en el *Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS* o en el formulario de nuestro plan, disponible 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 reclamo denegado está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional sanitario que le recete el medicamento) o su representante pueden hacerlo. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre. La sección 4 de este capítulo explica cómo autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la justificación** médica correspondiente. Su médico u otro profesional sanitario puede enviárnosla por fax o correo postal. También puede comunicárnoslo por teléfono y, si es necesario, enviarnos una declaración por escrito por fax o correo postal.

Paso 3 : Analizamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - En casos excepcionales, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas tras recibir el informe médico. Si su estado de salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
  - Si no cumplimos con este plazo, su solicitud pasará a la segunda etapa del proceso de apelación, donde será revisada por un organismo independiente. Le notificaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a dicho organismo.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos proporcionarle la cobertura acordada dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o del informe médico que la respalda.

- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito explicando los motivos de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido.

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - En casos excepcionales, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas tras recibir el informe médico. Si su estado de salud lo requiere, le responderemos antes.
    - Si no cumplimos con este plazo, su solicitud deberá pasar a la segunda etapa del proceso de apelación, donde será revisada por un organismo independiente. Le notificaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a dicho organismo.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos **proporcionarle la cobertura** acordada **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud o del informe médico que la respalda.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud** , le enviaremos una declaración por escrito explicando los motivos de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días naturales** a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, su solicitud pasará a la segunda etapa del proceso de apelación, donde será revisada por un organismo independiente. Le notificaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a dicho organismo.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que solicita,** también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud** , le enviaremos una declaración por escrito explicando los motivos de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4 : Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si le denegamos la cobertura, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitarla. Si presenta una apelación, pasará a la primera etapa del proceso de apelación.

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 denomina **redeterminación acelerada** .

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar se suele presentar en un plazo de 7 días naturales. Una apelación urgente se suele presentar en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación urgente.

- Si usted está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido , usted y su médico u otro profesional que le haya recetado el medicamento deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que los necesarios para obtener una decisión de cobertura rápida , según lo establecido en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2 : Usted, su representante, su médico u otro profesional sanitario que le recete el medicamento debe ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación urgente.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** (1.833.276.8306). El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo las presentadas mediante el *Formulario Modelo de Solicitud de Redeterminación de CMS* , disponible en nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/medicare. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para que podamos procesar su solicitud.
- **Debe presentar su apelación dentro de los 65 días calendario** siguientes a 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 razón justificada, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Es posible que le concedamos más tiempo. Algunos ejemplos de causas justificadas incluyen una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo 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.

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

- Al revisar su apelación, analizamos detenidamente toda la información relativa a su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas al denegar su solicitud.
- Es posible que nos pongamos en contacto con usted, con su médico o con otro profesional sanitario que le haya recetado el medicamento para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones urgentes, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación** . Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no le damos respuesta en 72 horas, estamos obligados a remitir su solicitud a la segunda fase del proceso de apelación, donde será revisada por un organismo de revisión independiente. Le notificaremos por escrito si su solicitud ha sido remitida a dicho organismo. La sección 7.6 explica el proceso de apelación de la segunda fase.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que usted solicita,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- 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, estamos obligados a remitir su solicitud a la segunda fase del proceso de apelación, donde será revisada por un organismo de revisión independiente. Le notificaremos por escrito si su solicitud ha sido remitida a dicho organismo. La sección 7.6 explica el proceso de apelación de la segunda fase.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero No más tarde de **7 días naturales** después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud** , le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días naturales** a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, Estamos obligados a remitir su solicitud a la segunda fase del proceso de apelación, donde será revisada por un organismo de revisión independiente. Le notificaremos por escrito si su solicitud ha sido remitida a dicho organismo.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de lo que solicita,** también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud** , le enviaremos una declaración por escrito explicando los motivos de nuestra negativa. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4 : Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará a la Fase 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 la denomina **IRE** .

La **organización de revisión independiente es una entidad independiente contratada por Medicare** . No tiene ninguna 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, su médico u otro profesional que le recete el medicamento) debe ponerse en contacto 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 el organismo de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar dicha apelación, qué plazos debe cumplir y cómo contactar con el organismo de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en la notificación escrita.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo establecido o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **de riesgo** bajo nuestro programa de gestión de medicamentos, remitiremos automáticamente su solicitud a la entidad de revisión independiente. Le notificaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación al organismo de revisión independiente. Esta información se denomina **expediente de su caso** . **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente** .
- Usted 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 del organismo de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relativa a su apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente que tramite una apelación con urgencia.
- Si el organismo de revisión independiente acepta concederle una apelación rápida, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en 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 **en un plazo de 7 días naturales** a partir de la fecha de recepción de la misma, siempre que se trate de un medicamento que aún no haya recibido. Si solicita el reembolso de un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días naturales** a partir de la fecha de recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le dará su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba total o parcialmente su solicitud,** debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** aprobada por dicha organización **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su decisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba parcial o totalmente su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** aprobada por dicha organización **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba parcial o totalmente su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de dicha organización.

¿Qué ocurre si el organismo de revisión independiente rechaza 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 (o parte de ella). (Esto se denomina **ratificar la decisión** . También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Te informa sobre tu derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicitas cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicitas es demasiado bajo, no puedes presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Indica el valor en dólares que debe estar en disputa para poder continuar con el proceso de apelación.

Paso 4 : Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Tras el Nivel 2, existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelación (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 sobre su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es tramitada por un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 explica el proceso de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada si cree que le darán el alta demasiado pronto.

Cuando usted ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estancia hospitalaria cubierta por el seguro, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día de su alta. Le ayudarán a organizar la atención médica que pueda necesitar después de su salida.

- El día en que sales del hospital se llama **fecha de alta** .
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán. tú.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada y su petición será considerada.

Sección 8.1 Durante su estancia hospitalaria, recibirá una notificación 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 trabajador 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*). 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende.** Le indica lo siguiente:
   - Tiene 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 recibirlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión relativa a su estancia en el hospital.
   - Dónde comunicar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención recibida en el hospital.
   - Tiene derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Este es un procedimiento formal y legal para solicitar una prórroga en su fecha de alta, de modo que podamos cubrir su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme la notificación por escrito para demostrar que la ha recibido y que comprende sus derechos.**
    - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme la notificación.
    - Firmar la notificación *solo demuestra* que usted recibió la información sobre sus derechos. La notificación no indica la fecha de su alta. Firmar la notificación **no significa que** usted esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Guarda tu copia** del aviso para que tengas la información sobre cómo presentar una apelación (o informar sobre una inquietud relacionada con la calidad de la atención) si la necesitas .
    - Si firma el aviso con más de 2 días naturales de antelación a su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha prevista para su alta.
    - Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para Miembros al *1.833.276.8306 (* usuarios de TTY llamen *al 711*) o 1-800 MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048. También puede obtener el aviso en línea en CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im .

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria.

Para solicitar que extendamos la cobertura de sus servicios hospitalarios de internación, utilice el proceso de apelación. Antes de comenzar, asegúrese de comprender los pasos a seguir y los plazos establecidos.

- **Sigue el proceso**
- **Cumplir con los plazos**
- **Pide ayuda si la necesitas** . Si tienes preguntas o necesitas ayuda, llama al Servicio de Atención al Cliente al *1.833.276.8306* (usuarios de TTY, llamen *al 711*). También puede comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Para contactar a SHIP, comuníquese con el Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP) al 1.800.252.9240. La información de contacto de SHIP se encuentra en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta prevista es médicamente apropiada para usted. La **Organización de Mejora de la Calidad** Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para supervisar y mejorar la calidad de la atención médica de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de dichas personas. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. 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 con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización de Mejora de la Calidad *antes de* abandonar el hospital y **a más tardar a medianoche del día de su alta .**
    - **Si cumples con este plazo,** podrás Permanezca en el hospital *después* de su fecha de alta *sin costo alguno* mientras espera la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.
    - **Si no lo haces Si no cumple con este plazo, contáctenos.** Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista, *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 de Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Al mediodía del día siguiente a su contacto, le entregaremos un **Aviso Detallado de Alta** . Este aviso indica la fecha prevista de alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (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* (usuarios de TTY llamen *al 711*) o al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). (Usuarios de TTY llamen al 1.877.486.2048). También puede obtener una muestra del aviso en línea en 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.
- Los revisores también examinarán su historial médico, 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 de su apelación, recibirá una notificación por escrito nuestra que le indicará la fecha prevista de su alta. Esta notificación también Explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día hábil después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará respuesta a su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente dice *que sí* , **debemos seguir brindándole su hospitalización cubierta. servicios hospitalarios mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué ocurre si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente dice que *no* , significa que su fecha de alta prevista 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 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 siguiente a que la Organización de 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 de Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación *y* usted permanece hospitalizado después de la fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación implica pasar a **la segunda etapa** del proceso de apelación.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria.

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta prevista.

Paso 1: Póngase en contacto nuevamente con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si permanece hospitalizado después de la fecha en que finaliza la cobertura de su atención médica.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán de nuevo con detenimiento toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si el organismo de revisión independiente dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura. para su paciente hospitalizado atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario** .
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costes y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

Si el organismo de revisión independiente dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, debe decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Tras el Nivel 2, existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelación (para un total de 5 niveles). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá tras la resolución de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es tramitada por 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 solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.

Cuando te están cubriendo **Si recibe servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria)** , tiene derecho a seguir recibiendo esos servicios mientras sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención médica, estamos obligados a informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para dicha atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo .*

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión** . Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica 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 médica.

1. **Recibirá una notificación por escrito** al menos 2 días naturales antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica. La notificación le indicará:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención médica.
   - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención médica durante un período de tiempo más prolongado .
2. **Usted, o la persona que actúe en su nombre, deberá firmar la notificación por escrito para confirmar su recepción.** Firmar la notificación *solo demuestra* que recibió la información sobre la fecha de finalización de su cobertura. **Firmarla no implica que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención médica.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea que ampliemos la cobertura de su atención médica , deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, asegúrese de comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso**
- **Cumplir con los plazos**
- **Pide ayuda si la necesitas** . Si tienes preguntas o necesitas ayuda, llama al Servicio de Atención al Cliente al *1.833.276.8306* (usuarios de TTY, llamen *al 711*). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Comuníquese con SHIP en el Programa de Información, Asesoramiento 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. La información de contacto de SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante un En la apelación de nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Determina 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 que reciben un salario del gobierno federal para supervisar y mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo 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 de Mejora de la Calidad y solicite una apelación de vía rápida. 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. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúa con rapidez:

- Debe ponerse en contacto con la Organización de Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** que figura en el *Aviso de No Cobertura de Medicare* .
- Si se le pasa el plazo y desea presentar una apelación, aún conserva su derecho a apelar. Comuníquese con la Organización de 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 de 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 falta de cobertura. Aviso que detalla los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué ocurre 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 examinará su historial médico, hablará con su médico y revisará la información que le proporcione nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nuestra parte una *Explicación detallada de la no cobertura* que explica en detalle los motivos por los que hemos finalizado nuestra cobertura para sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día hábil después de que dispongan de toda la información necesaria, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores aceptan *su* apelación, **debemos seguir prestándole el servicio cubierto mientras sea médicamente necesario.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que existan limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué ocurre si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que *no* , entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que finalice su cobertura, **tendrá que pagar** usted mismo el costo total de dicha atención.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores rechazan *su* apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención médica una vez finalizada la cobertura, 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 durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Póngase en contacto nuevamente con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó *su* apelación de Nivel 1. Solo podrá solicitar esta revisión si continuó recibiendo atención médica después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad examinarán de nuevo con detenimiento toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué ocurre si el organismo de revisión independiente da su aprobación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que recibió desde la fecha en que le dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos continuar brindándole cobertura.** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costes y es posible que se apliquen limitaciones en la cobertura.

¿Qué ocurre si el organismo de revisión independiente dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada respecto a su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará detalles sobre cómo pasar a la siguiente instancia de apelación, que es gestionada por un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen 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, encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es tramitada por un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo ofrece más detalles sobre 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 de su interés 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 usted apeló cumple con ciertos niveles mínimos, podrá pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo , no podrá apelar más. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los dos primeros. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez administrativo o un abogado competente** que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* haber concluido** . A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, el caso pasará a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizarle o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con la documentación adjunta. Es posible que esperemos la resolución de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en cuestión.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado** .
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
  - Si no acepta la decisión, puede continuar con la siguiente etapa del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para presentar 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 rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *podría* no *haber* concluido.** 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 autorizarle o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días naturales a partir de la fecha en que recibamos la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado** .
  - Si decide aceptar esta decisión que desestima su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
  - Si no acepta la decisión, puede continuar con la siguiente etapa del proceso de revisión. Si el Ayuntamiento rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten presentar una apelación de Nivel 5 y cómo proceder con dicha apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si aprueba* o *no* su solicitud. Esta es la decisión final. No existen 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 de su interés si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza un determinado monto en dólares, podrá acceder a instancias superiores de apelación. Si el monto es menor , no podrá apelar más. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los dos primeros. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez 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 ha finalizado** . Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Juez Administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días naturales** después de recibir la decisión.
- **Si el juez administrativo o el abogado encargado de la resolución de controversias rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que desestima su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
  - Si no acepta la decisión, puede continuar con la siguiente etapa del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para presentar 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 ha finalizado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo

en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones urgentes) o efectuar el pago a más tardar 30 días naturales después de recibir la decisión.

- **Si la respuesta es no o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que desestima su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
  - Si no acepta la decisión, puede continuar con la siguiente etapa del proceso de revisión. Si el Ayuntamiento rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten presentar una apelación de Nivel 5 y cómo proceder con dicha apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *si aprueba* o *no* su solicitud. Esta es la decisión final. No existen más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

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 tipo de problemas se abordan mediante el proceso de quejas ?

El proceso de quejas se utiliza *únicamente* 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 se gestionan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención recibida (incluida la atención hospitalaria)?
Respetando su privacidad	• ¿Alguien no respetó tu 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?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o está esperando demasiado tiempo para obtenerla? • ¿Le han hecho esperar demasiado tiempo los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O quizás nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan? o Algunos ejemplos son la espera excesiva al teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o la espera para obtener una receta médica.
Limpieza	• ¿Está usted descontento 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 ? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Este tipo de quejas se refieren a la *puntualidad de* nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si solicitó una decisión sobre la cobertura o presentó una apelación, y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí tiene algunos ejemplos: • Usted nos pidió una *decisión rápida sobre la cobertura* o una *apelación rápida* , y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Si usted considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones, puede presentar una queja. • Si usted cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos, servicios o medicamentos médicos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si usted considera que no cumplimos con los plazos requeridos para remitir su caso al organismo de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamación** .

Presentar una queja se denomina **interponer una reclamación** .

El uso del procedimiento para presentar quejas se denomina **uso del procedimiento para presentar una reclamación** .

Una **queja rápida** se denomina **reclamación expedita** .

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros lo antes posible, ya sea por teléfono o por escrito.

- **El primer paso suele ser llamar al Servicio de Atención al Cliente al *1.833.276.8306* (los usuarios de TTY deben llamar *al 711).*** Si necesita hacer algo más, el Servicio de Atención al Cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si ya llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si la presenta por escrito, le responderemos también por escrito.
    - La queja debe presentarse dentro de los sesenta (60) días posteriores al evento o incidente. Debemos completar la investigación de su queja con la mayor celeridad posible, según lo requiera su caso y su estado de salud, pero a más tardar treinta (30) días después de recibirla. Podemos extender el plazo para resolver una queja hasta catorce (14) días si usted lo solicita, o si justificamos la necesidad de información adicional y documentamos que la demora redunda en su beneficio.
        - Usted tiene derecho a presentar una queja urgente cuando decidamos no concederle la solicitud de tramitación urgente de un servicio o sus medicamentos, o su apelación para un servicio o sus medicamentos. También tiene derecho a presentar una queja urgente si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el tiempo necesario para tomar una decisión sobre su solicitud de un servicio o su apelación para un servicio. Para sus quejas urgentes, debemos decidir en un plazo de veinticuatro (24) horas si nuestra decisión de denegar o demorar la toma de una decisión urgente pone en riesgo su vida o su salud, y entregarle la notificación a más tardar 24 horas después de la recepción. Cuando se requiera una notificación por escrito para las quejas urgentes, podemos inicialmente proporcionar una notificación verbal de nuestra decisión, y debemos entregar una confirmación por escrito de nuestra decisión dentro de los 3 días calendario posteriores a la notificación verbal.
        - La notificación de resolución de quejas le explicará nuestra investigación y le informará sobre las opciones 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 sobre el que desea quejarse.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días naturales a partir del momento en que se produjo el problema sobre el que desea presentar la queja.

2 : Investigamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada.
- **La mayoría de las reclamaciones se responden en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora le beneficia, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días naturales adicionales (44 días naturales en total) en responder a su reclamación. Si decidimos tardar más días, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, le asignaremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas** .
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o si no nos hacemos responsables del problema que usted denuncia, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad.

Cuando su queja se refiere a *la calidad de la atención* , tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad** . Esta organización está compuesta por médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, financiados por el gobierno federal, para supervisar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 encontrará 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 ello, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint . También puede llamar al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1.877.486.2048 .

Problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Cómo solucionar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Como usted cuenta con Medicaid, tiene derecho a presentar apelaciones y quejas relacionadas con los beneficios cubiertos por este programa. 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 Socio 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** (por decisión propia) o **involuntaria** (por decisión ajena):

- Podrías abandonar nuestro plan porque decides que *quieres* irte. Las secciones 2 y 3 ofrecen información sobre cómo finalizar tu membresía voluntariamente.
- También existen situaciones excepcionales en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted abandona nuestro plan, este deberá seguir proporcionándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su copago hasta que finalice su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid.

La mayoría de las personas con Medicare solo pueden cancelar su afiliación durante ciertas épocas del año. Dado que usted tiene Medicaid, puede cancelar su afiliación a 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 por separado.
- Si cumple los requisitos, un D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibirá Ayuda adicional, Si permanece sin cobertura de medicamentos acreditable durante un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe posteriormente en un plan de medicamentos de Medicare. Si recibe

Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

- Llame a la oficina estatal de Medicaid al 1.800.252.8263 para obtener información sobre las opciones de planes de Medicaid disponibles.
- Existen 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.
- **Tu membresía generalmente finalizará el primer día del mes siguiente a la recepción de tu solicitud de cambio de plan.** Tu inscripción en el nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta

Puedes cancelar tu membresía durante el **período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revisa tu cobertura médica y de medicamentos y decide sobre la cobertura para el próximo año.

- El **período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre** .
- **Puedes optar por mantener tu cobertura actual o modificarla para el próximo año.** Si decides cambiar a un nuevo plan, puedes elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
    - Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare independiente.
    - Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
    - Si reúne los requisitos, un plan D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Usted recibe ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y permanece sin una cobertura de medicamentos válida durante 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.

Puedes realizar *un* cambio en tu cobertura médica durante el período **de 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.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede:
    - Cámbiate a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
    - Cancela tu inscripción en nuestro plan y obtén cobertura a través de Medicare Original. Si te cambias a Medicare Original durante este período, también puedes inscribirte en un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en un plan Medicare Advantage diferente, o cuando recibamos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en dicho plan comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial.

En determinadas situaciones, usted podría tener la opción de cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como un **período de inscripción especial** .

Es posible que pueda 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 Medicare.gov .

- Normalmente, cuando te mudas
- Si usted tiene Medicaid
- Si usted es elegible para Ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
- Si incumplimos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).

- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)
- **Nota:** Si participa en un programa de control de drogas, es posible que solo pueda optar a determinados períodos especiales de inscripción. El capítulo 5, sección 10, ofrece 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 las personas con Medicaid.

Los plazos de inscripción varían según su situación.

Para saber si usted es elegible para un Período de Inscripción Especial , llame a Medicare al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048. Si usted es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud 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 reúne los requisitos, un plan D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y permanece sin una cobertura de medicamentos válida durante 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos 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.

Por lo general, su membresía 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 cancelar su membresía, puede:

- **Llame al Servicio de Atención al Cliente al *1.833.276.8306* (los usuarios de TTY deben llamar *al 711*).**
- Encuentre la información en ***Medicare y usted.*** Manual ***de 2027***
- 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 tabla que aparece a continuación explica cómo puede cancelar su suscripción a nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que hay que hacer:
Otro plan de salud de Medicare	Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Se le dará de baja automáticamente del programa Community DualCare Access (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare independiente.	Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se le *dará de baja automáticamente del programa* Community DualCare Access (HMO D-SNP) *cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.*
Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado	**Envíenos una solicitud por escrito para darse de baja.** Llame al Servicio de Atención al Cliente 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 la baja. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1.877.486.2048. Se le dará de baja del programa Community DualCare Access (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y permanece sin una cobertura de medicamentos válida durante 63 días o más consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en 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 al 1.800.252.8263, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora central). Pregunte cómo afecta a su cobertura *de Medicaid de Texas el hecho de 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 afiliación y comience su nueva cobertura de Medicare, deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestra red de proveedores para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestra red de farmacias o el servicio de pedidos por correo. para que te surtan tus recetas.**
- **Si usted es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (incluso si recibe el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Acceso a la atención médica dual comunitaria (HMO D-SNP) Debe finalizar su membresía del plan en determinadas situaciones.

a la atención médica dual comunitaria (HMO D-SNP) Deberás cancelar tu membresía en nuestro plan si ocurre alguno de los siguientes eventos :

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B
- Si ya no cumple con los requisitos para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está dirigido a personas que cumplen con los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Si se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el Plan Estatal de Medicaid aplicable.
- Si te mudas fuera de nuestra área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante 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 está dentro del área de cobertura de nuestro plan .
- Si te encarcelan (vas a prisión)

- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tenga que le proporcionen cobertura de medicamentos
- Si nos proporciona información incorrecta intencionadamente al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para el mismo, no podremos obligarle a abandonarlo. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
- Si su comportamiento es persistentemente disruptivo y dificulta que podamos brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan, no podremos darle de baja. (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).
    - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare podría solicitar una investigación de su caso por parte del Inspector General.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos cancelar 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.

Community DualCare Access (HMO D- SNP) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debes hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare. al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1.877.486.2048.

Sección 5.2 Usted 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 de dicha cancelación. Asimismo, debemos explicarle cómo puede presentar una reclamación o queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal aplicable a este documento *de Prueba de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones establecidas bajo dicha ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted reside. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si dichas leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, 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 de Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o** a su oficina local de Derechos Civiles. También puede consultar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 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 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 de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:
Definiciones

Centro Quirúrgico Ambulatorio – Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no excede las 24 horas.

Apelación : Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de salud o medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede apelar si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Periodo de Beneficios : Así es como tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un periodo de beneficios, comienza uno nuevo. No hay límite en la cantidad de periodos de beneficios.

Producto biológico : Medicamento de venta con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las 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 « **Biosimilares intercambiables** »).

Medicamento de marca : Un medicamento de venta con receta fabricado y comercializado por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de principio activo que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que expira la patente del medicamento de marca.

Plan de atención: Un plan que detalla qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud mental y *otros servicios como los de apoyo a largo plazo (LTSS).*

Equipo de atención: Un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayudará a elaborar un plan de atención.

Etapa de Cobertura Catastrófica : Esta etapa del programa de Beneficios de Medicamentos de la Parte D comienza cuando usted (u otras personas autorizadas en su nombre) ha gastado $2,400 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, nuestro plan cubre el costo total de 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 para el Cuidado de Enfermedades Crónicas (C-SNP): Los C-SNP son planes SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que padecen enfermedades crónicas y graves específicas.

Coseguro : Cantidad que usted podría tener que pagar, expresada 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 reclamación** . El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas . Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas. si nuestro plan no se ajusta a los plazos del proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) – Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Copago : Cantidad que usted podría tener que pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo, $10), no un porcentaje.

Costo compartido : El costo compartido se refiere a las cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que los servicios o medicamentos estén cubiertos; (2) cualquier

monto de copago fijo que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Nivel de copago : Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los *6* niveles de copago. En general, cuanto mayor sea el nivel de copago, mayor será el costo del medicamento.

Determinación de cobertura – Una decisión sobre si un medicamento recetado 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 dice que no está cubierta por nuestro plan, eso no constituye una determinación de cobertura. Debe comunicarse con nuestro plan por teléfono o por escrito 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 acreditable : Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, proporcionada por un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que cuentan con este tipo de cobertura al ser elegibles para Medicare generalmente pueden mantenerla sin pagar una penalización si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cuidados básicos : Los cuidados básicos son la atención personal que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro tipo de instalación cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializada. Estos cuidados, proporcionados por personas sin formación ni habilidades profesionales, incluyen ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, entrar y salir de la cama o la silla, moverse y usar el baño. También pueden incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como aplicarse gotas para los ojos. Medicare no cubre los cuidados básicos.

Costo compartido diario : Se puede aplicar un costo compartido diario cuando su médico le receta menos de un mes de suministro de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario se calcula dividiendo el copago entre la cantidad de días que dura un mes de suministro. Por ejemplo: si su copago para un mes de suministro de un

medicamento es de $30 y un mes de suministro en nuestro plan equivale a 30 días, entonces su costo compartido diario es de $1 por día.

Deducible – La cantidad que usted debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan cubra los gastos.

Baja o **Desinscripción** : Proceso para finalizar su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para cubrir el costo de surtir una receta, como el tiempo que el farmacéutico dedica a preparar y empaquetar la receta.

Planes de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP): Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a la asistencia médica de un plan estatal bajo 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 reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (EMD) : equipo médico que su médico le receta por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un profesional de la salud para su uso en el hogar.

Emergencia – A emergencia médica Se considera urgencia médica cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos básicos de salud y medicina, cree tener síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la amputación de una extremidad, la pérdida de su función o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección que empeora rápidamente.

Atención de emergencia : servicios cubiertos que: 1) sean proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) sean 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, complemento u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción : Un tipo de decisión de cobertura que, de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción de formulario) o un medicamento no preferido con un costo compartido menor (una excepción de nivelación). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de obtener el que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que eximamos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

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 las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico : Un medicamento recetado aprobado por la FDA que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que uno de marca y suele ser más económico.

Reclamación : Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de la atención que usted (o su representante) recibe. Esto no incluye disputas sobre cobertura o pagos.

Evaluación de riesgos para la salud: una revisión de su historial médico y su estado actual. Se utiliza para conocer su estado de salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Auxiliar de atención domiciliaria : Persona que presta servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta titulado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Cuidados paliativos : Este beneficio brinda tratamiento especializado a un miembro con diagnóstico médico de enfermedad terminal, es decir, con una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige los cuidados paliativos 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 para pacientes internados: una estancia en el hospital cuando Usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece hospitalizado durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio.

Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA) : Si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, supera cierta cantidad, pagará la prima estándar más un Ajuste Mensual Relacionado con los

Ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se suma 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.

Etapa de cobertura inicial : esta es la etapa posterior al pago de su deducible (si lo tiene) y antes de que sus gastos de bolsillo para el año alcancen el monto umbral de gastos de bolsillo.

Período de inscripción inicial: es el período durante el cual puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B cuando sea elegible para Medicare. Si es elegible para Medicare al cumplir 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 termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

integrado (D-SNP) : Un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios de Medicaid bajo un único plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble cobertura y 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 consecutivos 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 a una Institución (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 una institución.

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 requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos) : una lista de los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio para personas de bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) : diríjase a Ayuda adicional.

Programa de Descuentos para 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 Máximo Justo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Gasto máximo de bolsillo: Es la cantidad máxima que usted 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 su plan, las primas de Medicare Parte A y Parte B, y *los* medicamentos recetados no se incluyen en el límite máximo de gastos de bolsillo. (**Nota:** Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este límite máximo de gastos de bolsillo).

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los gastos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los gastos de atención médica están cubiertos si usted cumple con los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: un uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Médicamente necesarios : servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare : el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – El período comprendido entre el 1 de enero y el 1 de marzo. El 31 de enero, 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 tres meses después de que una persona sea elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan de pago por servicio privado (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 Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **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 que cubren las partes A y B de Medicare. El término "Servicios cubiertos por Medicare" no incluye los beneficios adicionales, como los de visión, odontología o audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare : Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un 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, los planes de costos de Medicare, los planes para necesidades especiales, los programas piloto y los programas de atención integral para personas mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos de Medicare (Medicare Parte D) : seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Programa de Gestión de la Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés): un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas, dirigido a personas que cumplen ciertos requisitos o que participan en un Programa de Gestión 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 Complementario de Medicare) : Seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir *las deficiencias* del Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con el 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 a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red : Farmacia que tiene convenio con nuestro plan, donde los afiliados pueden obtener sus medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas solo estarán 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 demás centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el estado para prestar servicios de salud. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se les denomina **proveedores del plan** .

Período de inscripción abierta: el período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o pasarse a Medicare Original.

Determinación de la organización : 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 sirve como referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le conoce como producto de referencia.

Medicare original (**Medicare tradicional) o Medicare de pago por servicio** : El Medicare original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados como los planes Medicare Advantage o los planes de medicamentos recetados. Bajo el Medicare original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de 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. El Medicare original consta de dos partes: Parte A (Seguro Hospitalario) y Parte B (Seguro Médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que se obtienen 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 proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no son empleados, propiedad ni operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo : consulte la definición de copago que aparece más arriba. El copago que debe realizar un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como gasto de bolsillo del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo: la cantidad máxima 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 cuidados a largo plazo (LTSS) para personas frágiles, con el fin de ayudarlas a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de trasladarse a 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 – Pase a un plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D : Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que no ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Todas las coberturas de los planes deben incluir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D : Se añadirá una cantidad a la prima mensual de su plan de cobertura de medicamentos de Medicare si no cuenta con una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como 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, podría estar sujeto a la penalización por inscripción tardía si no cuenta con la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable durante 63 días o más seguidos.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) : Un plan PPO es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que se han comprometido a atender a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. El copago del miembro generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los gastos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite más alto en el total combinado de gastos de bolsillo para los servicios de proveedores tanto dentro 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 la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos Servicios de atención médica que te ayudan a mantenerte sano, detectar problemas de salud a tiempo, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de seguimiento de la salud, así como asesoramiento y educación para ayudarte a cuidar tu propia salud.

Proveedor de atención primaria (PCP) – El médico u otro proveedor al que acude 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 proveedor de atención médica.

Autorización previa : Aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Prótesis y ortesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) : un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se brinda 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 referirse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un período de tiempo definido .

“Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” : Un portal o aplicación informática donde los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre el formulario de medicamentos y sus beneficios. Esto incluye los montos de copago, los medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (Autorización Previa, Terapia Escalonada, Límites de Cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión – Necesitas una orden médica por escrito de tu médico de cabecera para visitar a un especialista o recibir ciertos servicios médicos. Sin una remisión, nuestro plan podría no cubrir los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación : estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, 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.

Vía de Servício – Área geográfica donde debes residir para afiliarte a un plan de salud específico. En el caso de planes que limitan los médicos y hospitales que puedes usar, también suele ser el área donde puedes recibir servicios de rutina (no de emergencia). Nuestro plan debe darte de baja si te mudas permanentemente fuera de su área de cobertura.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Servicios de enfermería especializada y rehabilitación que se brindan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero o médico titulado.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más específica para grupos concretos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en una residencia de ancianos o que padecen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada : una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Suplementario de Seguridad (SSI) – Prestación mensual que la Seguridad Social otorga a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Las prestaciones del SSI no son lo mismo que las del Seguro Social.

Servicios que se necesitan con urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia se considera un servicio urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan o si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtenerlo de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas o exacerbaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las consultas médicas rutinarias necesarias (como los chequeos

anuales) no se consideran urgentes, incluso si usted se encuentra fuera del área de cobertura de nuestro plan o si nuestra red de proveedores no está disponible temporalmente.

Servicios para miembros de Community DualCare Access (HMO D-SNP)

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
Llamar	*1.833.276.8306* Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00, 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. Servicios para miembros *1.833.276.8306* (usuarios de TTY llamen al 1.833.276.8306). *El 711*) también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a 20:00, 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.
Fax	713.295.7041
Escribir	a la atención médica dual comunitaria (HMO D-SNP) Apartado de correos 301413 Houston, TX 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 las personas con Medicare.

Método	Información del contacto
Llamar	1.800.252.9240
TTY	*711* Este número requiere un equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
Escribir	Programa de Información, Asesoramiento y Defensa en Materia de Salud (HICAP) Apartado de correos 149104

	Austin, TX 7814-9030
Sitio web	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de divulgación de PRA: *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta solicitud 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.

COMMUNITY DUALCARE ACCESS (HMO D-SNP)
PLANES 004, 006, & 007

2027
EVIDENCIA DE COBERTURA

Para los siguientes condados de Texas: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Galveston, Hardin, Harris, Jasper, Jefferson, Liberty, Matagorda, Montgomery, Newton, Orange, Polk, San Jacinto, Tyler, Walker, Waller y Wharton.

CommunityHealthChoice.org/Medicare
1.833.276.8306 o 713.295.5007 (TTY 711)

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

H9826_MK_10790_073026_C

COMMUNITY HEALTH CHOICE