COMMUNITY DUALCARE ALIGNED (HMO D-SNP)
PLANES 003 & 005

2027
EVIDENCIA DE COBERTURA

Para los siguientes condados de Texas: Austin, Brazoria, Fort Bend, Galveston, Harris, Matagorda, Montgomery, 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

COMMUNITY HEALTH CHOICE

H9826_MK_10789_073026_C

Manual para miembros del programa Community DualCare Aligned (HMO D-SNP)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Su cobertura de salud y medicamentos bajo el programa Community DualCare Aligned (HMO D-SNP)

Introducción *al manual del miembro*

Este *Manual del Miembro,* también conocido como *Comprobante de Cobertura,* le informa sobre su cobertura bajo nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. *Explica* los servicios de atención médica que los planes pueden incluir: servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias), cobertura de medicamentos y servicios y apoyos a largo plazo . Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en **el Capítulo 12** de este *Manual del Miembro* .

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando en este *Manual del Miembro* se mencionan “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se refiere a Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) ofrecido por Community Health Choice Texas, Inc.

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 gratuitamente 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 específico, guardaremos esa preferencia para futuras comunicaciones, de modo que no tendrá que solicitarlo cada vez. Puede cambiar su idioma o formato preferido en cualquier momento comunicándose con el Servicio de Atención al Cliente al número que aparece a continuación. Las llamadas al Servicio de Atención al Cliente son gratuitas.

Descargo de responsabilidad

- Las prestaciones y/o los copagos podrían cambiar el 1 de enero de 2028.
- Nuestros medicamentos cubiertos, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Community DualCare Aligned (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y STAR+PLUS, así como su membresía en dicho plan. También le informa sobre qué esperar y qué otra información recibirá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro* .

Tabla de contenido

A. Bienvenidos a nuestro plan 16

B. Información sobre Medicare y STAR+PLUS 16

B1. Medicare 16

B2. STAR+PLUS 16

C. Ventajas de nuestro plan 17

D. Área de servicio de nuestro plan 19

E. ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan 20

F. Qué esperar al unirse por primera vez a nuestro plan de salud 21

G. ..... Su equipo de coordinación de servicios y plan de servicios 21

G1. Equipo de coordinación de servicios 22

G2. Plan de servicio 22

H. Resumen de costos importantes 22

I. Este *Manual del Miembro* 23

J. Otra información importante que recibirá de nosotros 23

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro 23

J2. *Directorio de proveedores y farmacias* 24

J3. *Lista de medicamentos cubiertos* 25

J4. *Explicación de los beneficios* 26

K. Mantener actualizado su registro de membresía 26

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI) 27

B. Su coordinador de servicio 33

C. Programa de Información, Asesoramiento y Defensa en Salud (HICAP) 34

D. Organización de Mejora de la Calidad Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) 35

E. Medicare 35

F. STAR+PLUS 37

G. ..... Oficina del Defensor del Pueblo del HHS 38

H. Oficina del Defensor del Pueblo para la Atención a Largo Plazo de Texas 38

I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos 39

J. Seguridad Social 43

K. Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) 45

L. Seguro colectivo u otro seguro proporcionado por el empleador 45

A. Información sobre servicios y proveedores 50

B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan 50

C. Su coordinador de servicio 52

C1. Qué es un coordinador de servicios 53

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

El coordinador de servicios le ayudará con la coordinación de los servicios médicos para atender sus necesidades médicas. El coordinador de servicios: 53

- Ayudarle a elegir un proveedor de atención primaria y a organizar la atención con su proveedor de atención primaria 53
- Enseñarle cómo y cuándo utilizar la Línea de Asesoramiento de Enfermería disponible las 24 horas. 53
- Brindarle información sobre la enfermedad y la medicación, y explicarle y describirle las opciones de servicio y ubicación. 53
- Abogue y colabore con su equipo de atención médica y ayude con cualquier asunto médico, de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo 53
- Ayudar al miembro a garantizar un acceso oportuno y coordinado a una variedad de servicios y/o servicios cubiertos elegibles por Medicaid 53
- Colaborar con el centro de enfermería para garantizar los mejores resultados posibles para la salud y la seguridad del miembro 53
- Busca maneras de que puedas vivir en casa o en otros entornos comunitarios 53

C2. Cómo puede ponerse en contacto con su coordinador de servicio 53

Para hablar con un coordinador de servicio, llame a Servicios para Miembros al Equipo de Coordinación de Servicios al 1.888.435.5150. TTY: 7-1-1 para personas sordas o con discapacidad auditiva. 53

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de servicio 53

D. Atención de los proveedores 54

D1. Atención por parte de un médico de atención primaria (PCP) 54

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red 56

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan 57

D4. Proveedores fuera de la red 58

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) Los servicios y apoyos a largo plazo (LTTS) incluyen atención domiciliaria primaria, servicios de salud y actividades diurnas, y el programa STAR+PLUS HCBS, que asisten a los miembros en la comunidad. Los servicios y apoyos de atención a largo plazo son beneficios que le ayudan a mantenerse seguro e independiente en su hogar o comunidad. Puede obtener servicios de atención a largo plazo si necesita ayuda con las necesidades diarias de atención médica y de la vida diaria. Algunos de los servicios incluyen ayudarle a vestirse, bañarse o ir al baño; preparar comidas; realizar tareas domésticas ligeras; o ayudarle con sus compras de comestibles. .59

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias) Servicios de BH, que incluyen: a. Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, tanto para adultos como para niños. Los servicios de hospitalización psiquiátrica proporcionados en un hospital psiquiátrico independiente a miembros menores de 21 años o mayores de 65 años no están sujetos a una limitación de días para los servicios; b. MHR y TCM de salud mental para personas que no están inscritas simultáneamente en Medicare y Medicaid; servicios ambulatorios de salud mental para adultos y niños; c. Servicios de psiquiatría; d. Servicios de consejería para adultos (de 21 años o más); e. Servicios de tratamiento de SUD, que incluyen: i. Servicios ambulatorios, que incluyen: (1) Evaluación; (2) Servicios de manejo de la abstinencia; (3) Consejería (individual y grupal); y (4) MAT; ii. Servicios residenciales, que pueden proporcionarse en un CDTF en lugar de un entorno hospitalario de cuidados agudos para pacientes hospitalizados, que incluyen: (1) Manejo de la abstinencia residencial; y (2) Tratamiento residencial (que incluye alojamiento y comida). 59

G. ..... Cómo obtener servicios dirigidos al consumidor 60

Los Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDS, por sus siglas en inglés) le permiten tener más opciones y control sobre algunos de los servicios de apoyo a largo plazo que recibe. Como miembro de STAR+PLUS, puede elegir las opciones de CDS que desea administrar. Con CDS puede: • Encontrar, seleccionar, contratar y despedir (si es necesario) a las personas que le prestan servicios (su personal) • Capacitar y dirigir a su personal 60

G1. Los Servicios Dirigidos por el Consumidor (SDC) permiten a las personas contratar y gestionar a quienes prestan sus servicios. 60

G2. ¿Quién puede recibir atención autodirigida? 61

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

H. Servicios de transporte médico no urgente (NEMT) 61

H1. ¿Qué son los servicios NEMT? 61

H2. ¿Qué servicios se incluyen 61

H3. Cómo programar los servicios de transporte médico no urgente (NEMT) 62

I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando sean urgentemente necesarios o durante un desastre 63

I1. Atención en caso de emergencia médica 63

I2. Atención médica urgente 64

I3. Cuidados durante un desastre 65

J. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos 65

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 66

K. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica 66

K1. Definición de un estudio de investigación clínica 66

K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 67

K3. Más información sobre estudios de investigación clínica 67

L. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención médica no médica 68

L1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 68

L2. Atención de una institución de salud religiosa no médica 68

M. .....Equipo médico duradero (EMD) 69

M1. DME como miembro de nuestro plan 69

M2. Propiedad de DME si cambia a Medicare Original 69

M3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan 70

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

M4. Equipo de oxígeno al cambiar a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA) 71

A. Sus servicios cubiertos 74

B. Normas que prohíben a los proveedores cobrarle por los servicios 74

C. Acerca de la tabla de beneficios de nuestro plan 74

D. Tabla de beneficios de nuestro plan 78

D1. Nuestros servicios a domicilio y comunitarios 140

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan 153

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare, STAR+PLUS o Medicaid de pago por servicio 154

A. Cómo surtir sus recetas 161

A1. Surtir su receta en una farmacia de la red 161

A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta 161

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de red 161

A4. Qué hacer si su farmacia deja de formar parte de la red 162

A5. Utilizando una farmacia especializada 162

A6. Utilizar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos 163

A7. Obtener un suministro de drogas a largo plazo 164

A8. Utilizar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan 164

A9. Reembolso de una receta 165

B. *Lista de medicamentos* 165

B1. Medicamentos en nuestra *lista de medicamentos* 166

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* 166

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

B3. Medicamentos no incluidos en nuestra *lista de medicamentos* 167

4. Niveles de copago 168

C. Límites a algunos medicamentos 169

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto 171

D1. Obtención de un suministro temporal 172

D2. Solicitar un suministro temporal 173

D3. Solicitar una excepción 174

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos 174

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales 178

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia que nuestro plan cubre 178

F2. En un centro de cuidados a largo plazo 178

F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare 179

G. ..... Programas sobre seguridad de los medicamentos y gestión de los mismos 180

G1. Programas para ayudarle a usar drogas de forma segura 180

G2. Programas para ayudarle a controlar sus medicamentos 180

G3. Programa de gestión de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura los medicamentos opioides 181

A. Explicación *de Beneficios* (EOB) 188

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos 189

B1. ¿Qué ocurre si encuentra errores en este resumen? 190

B2. ¿Qué ocurre con un posible fraude? 190

C. Etapas de pago de medicamentos para los medicamentos de la Parte D de Medicare 191

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

C1. Nuestro plan tiene 6 niveles de reparto de costes 192

C2. Sus opciones de farmacia 192

C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 193

C4. Lo que pagas 193

D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial 197

D1. Sus opciones de farmacia 198

D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 198

D3. Lo que pagas 198

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial 202

E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica 202

F. Costo de su medicamento si su médico le receta menos de un suministro para un mes completo 202

G. ....Lo que pagas por las vacunas de la Parte D 203

G1. Lo que necesitas saber antes de vacunarte 203

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare Parte D 204

A. Pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos 207

B. Enviarnos una solicitud de pago 210

C. Decisiones de cobertura 211

D. Apelaciones 212

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades 213

B. Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 215

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI) 217

C1. Cómo protegemos su información de salud protegida (PHI) 217

C2. Su derecho a consultar su historial médico 217

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información 218

E. Incapacidad de los proveedores de red para facturarle directamente 219

F. Su derecho a abandonar nuestro plan 219

G. ..... Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 220

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones 220

G2. Tu derecho a decir lo que quieres que suceda si no puedes tomar decisiones sobre tu atención médica por ti mismo 221

G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones 222

H. Su derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones ...222

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos 223

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 223

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud 229

A1. Sobre los términos legales 229

B. Dónde obtener ayuda 229

B1. Para más información y ayuda 230

Ayuda de nuestro plan 230

Ayuda del Programa de Información, Asesoramiento y Defensa en Salud (HICAP). 230

Ayuda e información de Medicare 230

Ayuda e información de STAR+PLUS 230

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

C. Comprensión de las quejas y apelaciones de Medicare y STAR+PLUS en nuestro plan ...231

D. Problemas con sus beneficios ...231

Decisiones y apelaciones sobre cobertura electrónica ...232

E1. Decisiones de cobertura ...232

E2. Apelaciones ...233

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones ...233

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle? ...234

F. Atención médica ...235

F1. Utilizando esta sección ...235

F2. Solicitar una decisión de cobertura ...236

Decisión de cobertura estándar ...237

Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una «queja rápida » sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Al presentar una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la Sección K ...237

Decisión de cobertura rápida ...237

F3. Cómo presentar una apelación de nivel 1 ...239

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida. ...240

Si le informamos que vamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo dichos servicios o artículos durante su apelación. ...241

Consideramos su apelación y le daremos nuestra respuesta. ...241

Existen plazos para una apelación rápida. ...242

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Existen plazos para una apelación estándar. 243

F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2 245

Cuando su problema se refiere a un servicio o artículo, Medicare generalmente cubre ..246

Si tuviste una apelación rápida en el Nivel 1, también tienes una apelación rápida en el Nivel 2. 246

Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tiene derecho a una apelación estándar en el Nivel 2. 247

Cuando su problema se refiere a un servicio o artículo que STAR+PLUS suele cubrir, o que está cubierto tanto por Medicare como por STAR+PLUS 248

F5. Problemas de pago 249

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare 250

G1. Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare 251

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare 254

G3. Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción 255

Su médico u otro profesional sanitario que le prescriba el medicamento debe indicarnos los motivos médicos. 255

Podemos responder afirmativamente o negativamente a su solicitud. 256

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 256

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida sobre la cobertura ”. 257

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura 258

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió .258

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró 259

G5. Cómo presentar una apelación de nivel 1 259

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 1 260

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1 261

G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2 262

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2 263

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2 263

H. Solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada 264

H1. Conozca sus derechos de Medicare 264

H2. Cómo presentar una apelación de nivel 1 266

¿Qué sucede durante la revisión rápida 267

H3. Cómo presentar una apelación de nivel 2 268

I. Solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos 269

I1. Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura 269

I2. Cómo presentar una apelación de nivel 1 269

Su fecha límite para contactar a esta organización 270

¿Qué sucede durante una apelación acelerada 270

I3. Cómo presentar una apelación de nivel 2 271

J. Llevar su apelación más allá del Nivel 2 272

J1. Próximos pasos para los servicios de Medicare y los artículos 272

Recurso de apelación de nivel 3, ...273

Apelación de nivel 4, ...273

Apelación de nivel 5, ...274

J2. Adicional Apelaciones de STAR+PLUS 274

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare 274

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Recurso de apelación de nivel 3, ...275

Apelación de nivel 4, ...275

Apelación de nivel 5, ...276

J. Cómo presentar una queja 276

K1. ¿Qué tipo de problemas deberían ser motivo de queja 276

K2. Quejas internas 279

K3. Quejas externas 280

Medicare 280

STAR+PLUS 280

QIO 281

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan 284

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 285

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y STAR+PLUS por separado 286

C1. Sus servicios de Medicare 286

C2. Sus servicios STAR+PLUS 292

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan 292

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan 293

F. Normas que prohíben solicitarle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud 294

G. Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 295

H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía del plan 295

A. Aviso sobre las leyes 297

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

B. Aviso sobre no discriminación 297

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y STAR+PLUS como pagador de último recurso 297

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan ofrece servicios de Medicare y STAR+PLUS a las personas que cumplen los requisitos para ambos programas. Incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, profesionales de la salud mental y otros proveedores. También contamos con coordinadores y equipos de coordinación de servicios para ayudarle a gestionar sus proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

B. Información sobre Medicare y STAR+PLUS

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para:

- personas de 65 años de edad o más,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. STAR+PLUS

STAR+PLUS es el nombre del programa Medicaid de Texas . STAR+PLUS es administrado por HHSC y financiado por el estado de Texas y el gobierno federal. STAR+PLUS ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) y otros gastos médicos. Cubre servicios y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- qué se considera ingreso y recursos,
- quiénes son elegibles,
- qué servicios están cubiertos **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas, siempre y cuando cumplan con las normas federales.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Medicare y HHSC de Texas aprobaron nuestro plan. Puede obtener los servicios de Medicare y STAR+PLUS a través de nuestro plan siempre que:

- elegimos ofrecer el plan **y**
- Medicare y la HHSC de Texas nos permiten seguir ofreciendo este plan.

Aunque nuestro plan deje de funcionar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare y STAR+PLUS no se verá afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare y STAR+PLUS a través de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No pagará ningún costo adicional para unirse a este plan de salud.**

Le ayudamos a que sus beneficios de Medicare y STAR+PLUS funcionen mejor en conjunto y le resulten más beneficiosos. Algunas de las ventajas incluyen:

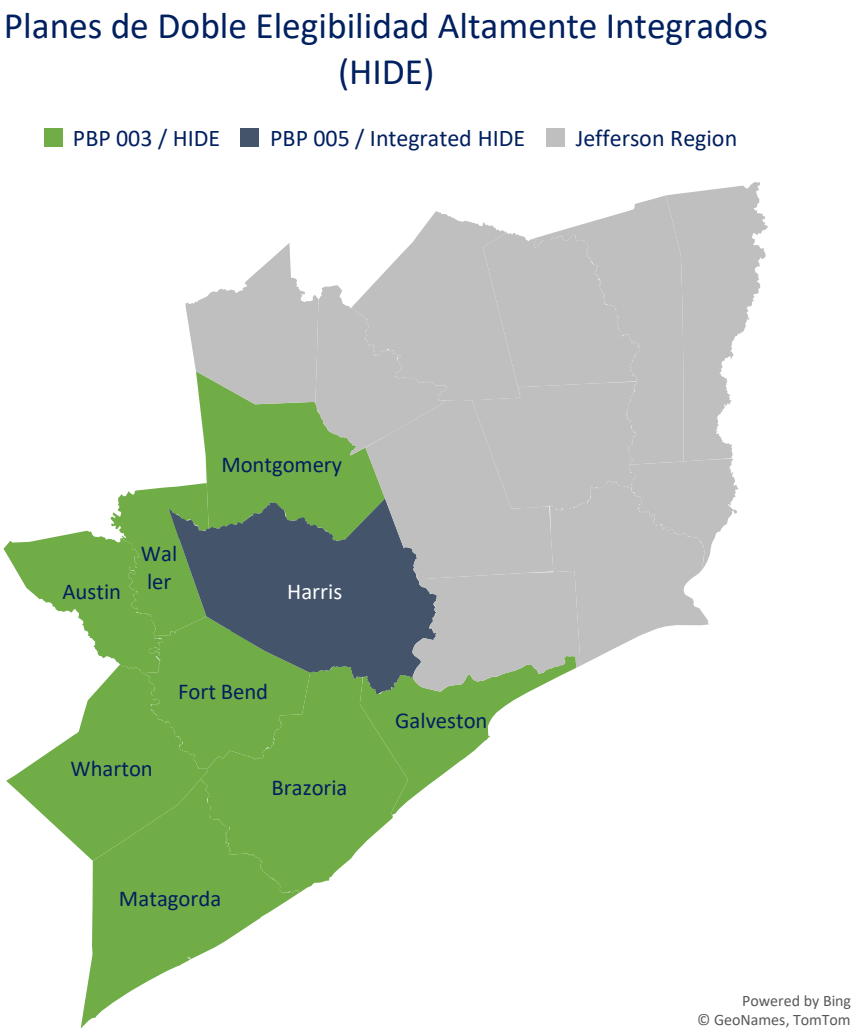
- Puedes contar con nosotros para **la mayoría** de tus necesidades de atención médica.
- Usted cuenta con un equipo de coordinación de servicios que usted mismo ayuda a conformar. Este equipo puede incluirlo a usted mismo, a su cuidador, a médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Usted tiene acceso a un coordinador de servicios. Esta persona trabajará con usted, con nuestro plan y con su equipo de coordinación de servicios para ayudarle a elaborar un plan de atención.
- Usted podrá dirigir su propia atención médica con la ayuda de su equipo de coordinación de servicios y su coordinador de servicios.
- Su equipo de coordinación de servicios y su coordinador de servicios trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de coordinación de servicios ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de coordinación de servicios se asegura de que:

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Tus médicos conocen todos los medicamentos que tomas, por lo que pueden asegurarse de que estás tomando los medicamentos correctos y reducir cualquier efecto secundario que puedas tener a causa de ellos.
- Los resultados de sus pruebas se comparten con todos sus médicos y otros proveedores de atención médica, según corresponda.

- Nuevos miembros de Community Health Choice Texas, Inc.: En la mayoría de los casos, se le inscribirá en Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) para sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción en Community Health Choice Texas, Inc. Es posible que continúe recibiendo su cobertura STAR+PLUS de su plan de salud STAR+PLUS anterior durante un mes de transición, según su fecha de inscripción. Posteriormente, recibirá sus servicios STAR+PLUS a través de Community Health Choice Texas, Inc. No habrá interrupción en su cobertura STAR+PLUS. Si tiene alguna pregunta, llámenos al número que aparece al final de la página.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.



D. Área de servicio de nuestro plan

El plan Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) solo está disponible para quienes residen en nuestra área de cobertura. Para mantener su membresía, debe seguir viviendo en nuestra área de cobertura. El área de cobertura se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Austin, Brazoria, Fort Bend, Galveston, Harris, Matagorda, Montgomery, Waller y Wharton.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

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

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden unirse a nuestro plan.

No podrá permanecer en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio . Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las consecuencias de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué requisitos debes cumplir para ser miembro del plan?

Usted podrá acceder a nuestro plan siempre que:

- vivir en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tienen tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B, **y**
- son ciudadanos o nacionales de los Estados Unidos, o no ciudadanos elegibles, **y**
- actualmente están elegible para STAR+PLUS **y** al menos uno de los siguientes:
    - tener una discapacidad física o una discapacidad mental y calificar para el Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), **o**
    - calificar para STAR+PLUS HCBS; **y**
- Usted NO está inscrito en uno de los siguientes programas de exención 1915(c):
    - Servicios de Asistencia y Apoyo para la Vida Comunitaria (CLASS)
    - Programa para personas sordociegas con discapacidades múltiples (DBMD)
    - Servicios domiciliarios y comunitarios (HCS)
    - Programa de Vivienda Asequible de Texas (TxHmL)
- Si pierde su elegibilidad para STAR+PLUS, pero se espera que la recupere en el plazo de un mes, continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

cubiertos por Community DualCare Aligned (HMO D-SNP). Cuando finalice su cobertura STAR+PLUS, no pagaremos por sus beneficios de STAR+PLUS.

Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para STAR+PLUS. Si recupera su elegibilidad para STAR+PLUS mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de STAR+PLUS y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar STAR+PLUS en un plazo de un mes , lo daremos de baja de Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) y lo transferiremos a Community Dual Care Access. Si recupera la elegibilidad para STAR+PLUS después de haber sido dado de baja, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Cliente al 1-833-276-8306. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, 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.

F. Qué esperar al unirse por primera vez a nuestro plan de 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. Esta 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). Podemos completarla mediante una visita presencial, una llamada telefónica o por correo postal. Además, nos comunicaremos con usted al menos una vez al año para verificar si alguna de sus necesidades ha cambiado.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

G. Su equipo de coordinación de servicios y su plan de servicio

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

G1. Equipo de coordinación de servicios

Un equipo de coordinación de servicios puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Este equipo puede incluir a su médico, un coordinador de servicios, sus especialistas u otros profesionales de la salud que usted elija.

Un coordinador de servicios es una persona capacitada para ayudarle a gestionar la atención que necesita. Se le asigna un coordinador de servicios al inscribirse en nuestro plan. Esta persona también le remite a otros recursos comunitarios que nuestro plan quizás no cubra y trabajará con su equipo de coordinación de servicios para coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de servicios y el equipo de coordinación de servicios.

G2. Plan de servicio

Tu equipo de coordinación de servicios trabaja contigo para elaborar un plan de servicios. Este plan les indica a ti y a tus médicos qué servicios necesitas y cómo obtenerlos. Incluye tus servicios médicos, de salud mental y de apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés).

Su plan de servicio incluye:

- sus objetivos de atención médica **y**
- **Una descripción de los servicios específicamente adaptados a sus necesidades.**
- Un cronograma para obtener los servicios que necesita.
- Sus preferencias personales en materia de atención médica.

Su equipo de coordinación de servicios 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 plan de servicios se elabora en función de sus necesidades y objetivos. Su equipo de coordinación de servicios trabaja con usted para actualizar su plan de servicios al menos una vez al año.

H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene costo adicional.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

I. Este *manual para miembros*

Este *Manual del Miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos cumplir con todas las normas aquí estipuladas. Si considera que hemos actuado en contra de estas normas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar el *Manual del Socio* llamando al Servicio de Atención al Socio a los números que aparecen al final de la página. También puede consultar el *Manual del Socio* disponible en nuestro sitio web.

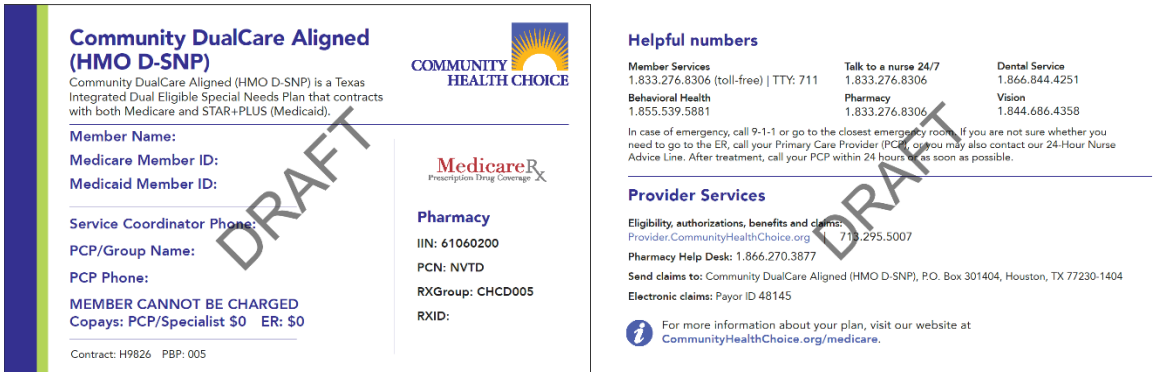
El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2027.

J. Otra información importante que usted recibe de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo acceder a un *directorio de proveedores y farmacias* , e información sobre cómo acceder a una *lista de medicamentos cubiertos,* también conocida como *lista de medicamentos* o *formulario* .

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Con nuestro plan, usted tiene una sola tarjeta para sus servicios de Medicare y STAR+PLUS , que incluyen servicios de apoyo a largo plazo (LTSS), ciertos servicios de salud mental y recetas médicas. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta. Aquí tiene un ejemplo de la tarjeta de identificación de miembro:



Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Si su tarjeta de identificación de socio está dañada, perdida o robada, llame inmediatamente al servicio de atención al socio al número que aparece al final de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta Your Texas Benefits para obtener la mayoría de los servicios. Guarde estas tarjetas en un lugar seguro por si las necesita más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor podría facturar a Medicare en vez de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Es posible que se le solicite mostrar su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. *Directorio de proveedores y farmacias*

El *directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y farmacias que forman parte de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para recibir los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (electrónicamente o en formato impreso) llamando al Servicio de Atención al Cliente a los números que aparecen al final de la página. Las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias impresos se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* .

Definición de proveedores de red

- Nuestros proveedores de red incluyen:
    - médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
    - clínicas, hospitales, residencias de ancianos y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; **y**

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Servicios de apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés), servicios de salud conductual, agencias de atención médica domiciliaria, proveedores de equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y otros que proporcionan bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o STAR+PLUS.

Los proveedores de la red aceptan el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de red

- Las farmacias de la red son aquellas que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que prefiera.
- Salvo en caso de emergencia, deberá surtir sus recetas en una de nuestras farmacias asociadas si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Cliente a los números que aparecen al final de la página. Tanto el Servicio de Atención al Cliente como nuestro sitio web le ofrecen la información más actualizada sobre los cambios en nuestra red de farmacias y proveedores.

J3. *Lista de medicamentos cubiertos*

Nuestro plan cuenta con una *Lista de Medicamentos Cubiertos* . La llamamos simplemente *Lista de Medicamentos . En ella se indican los medicamentos que cubre nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su *Lista de Medicamentos,* a menos que se hayan eliminado y reemplazado según se describe en el **Capítulo 5. Medicare aprobó la** *Lista de Medicamentos* Alineada con la Atención Dual Comunitaria (HMO D-SNP) .

La *Lista de Medicamentos* también indica si existen normas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que se puede adquirir. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro .*

Cada año, le enviamos la *Lista de Medicamentos* , pero es posible que haya algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos,

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

llame a Atención al Cliente o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece al final de la página.

J4. *Explicación de los beneficios*

Cuando usted utiliza los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a comprender y llevar un registro de los pagos de dichos medicamentos. Este resumen se denomina *Explicación de Beneficios* (EOB).

El EOB le indica el monto total que usted, o quienes lo representen, gastaron en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el monto total que pagamos por cada uno de ellos durante el mes. Este EOB no es una factura. El EOB contiene información adicional sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otras opciones con menor costo compartido. Puede hablar con su médico sobre estas opciones más económicas. **El Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* ofrece más información sobre el EOB y cómo le ayuda a dar seguimiento a su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar un EOB (Explicación de Beneficios). Para obtener una copia, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente a los números que aparecen al final de la página.

K. Mantener actualizado su registro de membresía

Puedes mantener tu información de membresía actualizada informándonos cuando cambie.

Necesitamos esta información para asegurarnos de tener su información correcta en nuestros registros. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores en la red de nuestro plan utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de copago. Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Cuéntenos de inmediato lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho , o la compensación laboral;

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- cualquier reclamación de responsabilidad civil, como las derivadas de un accidente automovilístico;
- un ingreso en un centro de enfermería o un hospital;
- atención médica en un hospital o sala de urgencias;
- cambios en su cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**
- Usted participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es obligatorio que nos informe sobre el estudio de investigación clínica en el que piensa participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si hay algún cambio en la información, llame al Servicio de Atención al Cliente a los números que aparecen al final de la página.

K1. Privacidad de la información personal de salud (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información de salud personal (PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos su PHI confidencial. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro* .

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le proporciona información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarle a resolver sus dudas sobre nuestro plan y sus beneficios de atención médica. También puede consultar este capítulo para obtener información sobre cómo contactar a su coordinador de servicios y a otras personas que puedan representarle. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro* .

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Tabla de contenido

A. Servicios para miembros 17

B. Su coordinador de servicio 20

C. Programa de Información, Asesoramiento y Defensa en Salud (HICAP) 21

D. Organización de Mejora de la Calidad Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) 22

E. Medicare 22

F. STAR+PLUS 24

G. ..... Oficina del Defensor del Pueblo del HHS 24

H. Oficina del Defensor del Pueblo para la Atención a Largo Plazo de Texas 25

I. Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos 25

I1. Ayuda adicional de Medicare 25

I2. Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) 28

I3. Programa de Asistencia Farmacológica contra el SIDA (ADAP) 28

I4. El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare 28

J. Seguridad Social 29

K. Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) 30

L. Seguro colectivo u otro seguro proporcionado por el empleador 30

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

A. Servicios para miembros

LLAMAR	1-833-276-8306. Esta llamada es gratuita. 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. Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Necesitará un equipo telefónico especial para llamar. 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	1-713-295-7059
ESCRIBIR	Programa de doble atención comunitaria alineado con HMO (HMO D-SNP) 4888 Loop Central Dr., Suite 600 Houston, TX 77081
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/medicare

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda con:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamaciones o facturación
- decisiones de cobertura sobre su atención médica
    - Una decisión sobre la cobertura de su atención médica es una decisión sobre:
        - sus beneficios y servicios cubiertos **o**
        - la cantidad que pagamos por sus servicios de salud.
    - Llámenos si tiene alguna pregunta sobre una decisión relacionada con la cobertura de su atención médica.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* .

- apelaciones sobre su atención médica
  - Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
  - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* o póngase en contacto con el Servicio de Atención al Miembro.
- quejas sobre su atención médica
  - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluidos los proveedores que no pertenecen a nuestra red o que sí). Un proveedor de la red es aquel que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización de Mejora de la Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que recibió (consulte la **Sección D**).
  - Puede llamarnos y explicarnos su queja al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY deben llamar al 711).
  - Si su queja se refiere a una decisión sobre la cobertura de su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
  - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
  - Puede presentar una queja sobre su plan STAR+PLUS ante la Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHS) llamando al 1-866-566-8989 , enviando un fax al 888-780-8099 o escribiendo a:

    Oficina del Defensor del Pueblo del HHS
    Apartado de correos 13247
    Austin, Texas 78711-3247

  - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* .
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
  - Una decisión sobre la cobertura de sus medicamentos es una decisión sobre:
    - sus beneficios y medicamentos cubiertos **o**
    - la cantidad que pagamos por sus medicamentos.
  - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D de Medicare.
  - STAR+PLUS cubrirá los medicamentos y productos complementarios para los miembros con cobertura completa y doble elegibilidad, una vez que se haya

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

facturado al seguro comercial o si no hay un seguro comercial registrado. Estos medicamentos incluyen medicamentos sin receta, algunos productos para el alivio sintomático de la tos y el resfriado, y algunas vitaminas y minerales recetados.
    - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* .
- apelaciones sobre sus drogas
    - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión sobre la cobertura.
    - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus drogas, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* .
- quejas sobre sus medicamentos
    - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye quejas sobre sus medicamentos.
    - Si su queja se refiere a una decisión sobre la cobertura de sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
    - Puede presentar una queja sobre nuestro plan ante Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar ayuda.
    - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* .
- pago por atención médica o medicamentos que ya pagó
    - Para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura recibida, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* .
    - Si nos pide que paguemos una factura y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* .

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

B. Su coordinador de servicio

LLAMAR	1-888-435-5150. Esta llamada es gratuita. 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. Disponemos de servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Necesitará un equipo telefónico especial para llamar. 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	Community Health Choice 4888 Loop Central Drive, Suite 600 Houston, TX 77081
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/medicare

Comuníquese con su coordinador de servicio para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su atención médica
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)
- preguntas sobre el transporte
- preguntas sobre servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- preguntas sobre el acceso a los apoyos comunitarios

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

C. Programa de Información, Asesoramiento y Defensa en Materia de Salud (HICAP)

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.

LLAMAR	1-800-252-9240 De lunes a viernes de 8:00 a 17:00 (hora central)
TTY	711 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Necesitará un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	hhs.texas.gov/services/health/medicare

Póngase en contacto con HICAP para obtener ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores de HICAP pueden responder a sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarle con lo siguiente:
    - conoce tus derechos,
    - Entienda sus opciones de plan,
    - responder preguntas sobre el cambio de planes,
    - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, **y**
    - Soluciona los problemas con tus facturas.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

D. Organización de Mejora de la Calidad Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Acentra. Se trata de un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. Acentra es una organización independiente. No está vinculada a nuestro plan.

LLAMAR	888-315-0636
TTY	711
ESCRIBIR	5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.acentraqio.com

Contacta con Acentra para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- Presentar una queja sobre la atención recibida si:
    - tener un problema con la calidad de la atención, como recibir la medicación equivocada, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo,
    - cree que su estancia en el hospital está terminando demasiado pronto, **o**
    - Creo que sus servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de rehabilitación ambulatoria integral (CORF, por sus siglas en inglés) están terminando demasiado pronto.

E. Seguro médico del estado

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, o CMS. Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/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. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Necesitará un equipo telefónico especial para llamar.
CHATEA EN DIRECTO	Chatea en directo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBIR	Escriba a Medicare a la siguiente dirección: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

SITIO WEB	www.medicare.gov 1. Infórmese sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo su costo y los servicios que ofrecen. 2. Encuentre médicos u otros proveedores y suministradores de atención médica que participen en Medicare. 3. Infórmese sobre lo que cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de "bienestar"). 4. Obtenga información y formularios para apelar las demandas de Medicare. 5. Obtenga información sobre la calidad de la atención que ofrecen los planes de salud, las residencias de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los centros de cuidados paliativos, los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y los hospitales de cuidados a largo plazo. 6. Busca sitios web y números de teléfono útiles. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint . Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa.

F. ESTRELLA+PLUS

STAR+PLUS es el programa de atención médica administrada de Medicaid de Texas para adultos con discapacidades o mayores de 65 años, y proporciona atención médica y servicios de apoyo a largo plazo a través de nuestro plan de salud.

Usted está inscrito en Medicare y en STAR+PLUS. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a Medicaid de Texas . Asegúrese de mencionar que está inscrito en un plan STAR+PLUS.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

LLAMAR	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas , 877-541-7905 o 211, de lunes a viernes, de 8:00 a 18:00 (hora central).
TTY	711
ESCRIBIR	Apartado de correos 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	www.yourtexasbenefits.com

G. Oficina del Defensor del Pueblo del HHS

La Oficina del Defensor del Pueblo del HHS actúa como su defensor. Pueden responder a sus preguntas si tiene algún problema o queja y ayudarle a comprender qué hacer. La Oficina del Defensor del Pueblo del HHS también le ayuda con problemas de servicio o facturación. No están afiliados a nuestro plan ni a ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAMAR	1-866-566-8989 De lunes a viernes, de 8:00 a 17:00 (hora central).
TTY	711 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Necesitará un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBIR	Servicios Humanos y de Salud de Texas Oficina del Defensor del Pueblo Apartado de correos 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsman

H. Oficina del Defensor del Pueblo para la Atención a Largo Plazo de Texas

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

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

La Oficina del Defensor del Pueblo para la Atención a Largo Plazo de Texas no está relacionada con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAMAR	800-252-2412 De lunes a viernes, de 8:00 a 17:00 (hora central).
TTY	711 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Necesitará un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBIR	Oficina del Defensor del Pueblo del HHS Apartado de correos 13247 Austin, Texas 78711-3247
CORREO ELECTRÓNICO	ltc.ombudsman@hhs.texas.gov
SITIO WEB	www.hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsmanwww

I. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos

El sitio web de Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir el costo de los medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de ayuda, como se describe a continuación.

Ayuda adicional de Medicare

Como usted reúne los requisitos para STAR+PLUS, califica para recibir la “Ayuda Adicional” de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada para obtener esta “Ayuda Adicional”.

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.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Necesitará un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.medicare.gov

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.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- 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, familiar 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.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- 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).

I2. Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)

Si está inscrito en un programa SPAP o en cualquier otro programa que cubra los medicamentos de la Parte D de Medicare, excepto "Ayuda Adicional", seguirá recibiendo el descuento del 70 % en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % del costo de los medicamentos de marca durante el período sin cobertura. Tanto el descuento del 70 % como el 5 % pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier cobertura del SPAP u otra cobertura.

I3. Programa de Asistencia Farmacológica para el SIDA (ADAP)

ADAP ayuda a las personas con VIH/SIDA que cumplen los requisitos para recibirlo 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 con el costo compartido de la receta a través del Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas.

Nota: Para ser elegible para el programa ADAP en Texas, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobante de residencia en el estado y estado serológico respecto al VIH, bajos ingresos (según lo define el estado) y no tener seguro médico o tener un

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción del programa ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. 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 800-255-1090.

I4. El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que se combina con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo en medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción. La** "Ayuda Adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajosa que participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece al final de la página o visite www.Medicare.gov .

J. Seguridad social

La Seguridad Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare.

Si te mudas o cambias tu dirección postal, es importante que te pongas en contacto con la Seguridad Social para informarles.

LLAMAR	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a 19:00, de lunes a viernes. Puedes utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas con dificultades auditivas o del habla. Necesitará un equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	www.ssa.gov

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

K. Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)

La RRB 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 RRB, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

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 es para personas con dificultades auditivas o del habla. Necesitará un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov

L. Seguro colectivo u otro tipo de 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 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 de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador**

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

de beneficios de ese grupo. El administrador de beneficios puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Capítulo 3: Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos.

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicas que usted necesita conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de servicios, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en ciertas circunstancias especiales (incluidos proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si se le factura directamente por los servicios que cubrimos y las reglas para la propiedad de Equipos Médicos Duraderos (EMD). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro* .



Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Tabla de contenido

A. Información sobre servicios y proveedores 3 50

B. Reglas para obtener los servicios que cubre nuestro plan 3 50

C. Su coordinador de servicio 3 52

C1. Qué es un coordinador de servicios 3 53

C2. Cómo puede ponerse en contacto con su coordinador de servicio 3 53

C3. Cómo puede cambiar su coordinador de servicio 53

D. Atención de los proveedores 37

D1. Atención por parte de un médico de atención primaria (PCP) 37

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red 39

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan 40

D4. Proveedores fuera de la red 41

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) 41

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias) 42

G. ..... Cómo obtener servicios dirigidos al consumidor 42

G1. Los Servicios Dirigidos por el Consumidor (SDC) permiten a las personas contratar y gestionar a quienes prestan sus servicios. 42

G2. ¿Quién puede recibir atención autodirigida (por ejemplo, si está limitada a poblaciones exentas)? 43

H. Servicios de transporte médico no urgente (NEMT) 43

H1. ¿Qué son los servicios NEMT? 43

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

H2. ¿Qué servicios se incluyen ....? 43

H3. Cómo programar los servicios de transporte médico no urgente (NEMT) 44

I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, cuando sean urgentemente necesarios o durante un desastre 45

I1. Atención en caso de emergencia médica 45

I2. Atención médica urgente necesaria 46

I3. Cuidados durante un desastre 47

J. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos ....? 47

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios 47

K. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica 48

K1. Definición de un estudio de investigación clínica 48

K2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica 48

K3. Más información sobre estudios de investigación clínica 49

L. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución religiosa de atención médica no médica 49

L1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica 49

L2. Atención de una institución de salud religiosa no médica 49

M. ....Equipo médico duradero (EMD) 50

M1. DME como miembro de nuestro plan 50

M2. Propiedad de DME si cambia a Medicare Original 50

M3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan 51

M4. Equipo de oxígeno al cambiar a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA) 51

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

A. Información sobre servicios y proveedores

Los servicios incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud mental, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios. **Los servicios cubiertos** son todos aquellos que nuestro plan paga. La atención médica, la salud mental y los LTSS cubiertos se encuentran en **el Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* . Sus servicios cubiertos para medicamentos con y sin receta se encuentran en **el Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* .

Los **proveedores** son médicos, enfermeros y otras personas que le brindan servicios y atención y que cuentan con licencia estatal. También se incluyen hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le proporcionan servicios de atención médica, servicios de salud mental, equipo médico y ciertos servicios de apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés).

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan . Estos proveedores aceptan nuestro pago *y su copago* como pago total. Hemos coordinado con estos proveedores para que le presten los servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando utiliza un proveedor de la red, generalmente no paga nada o solo su parte del costo de los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y STAR+PLUS. Esto incluye salud mental y servicios de apoyo a largo plazo (LTSS).

Nuestro plan generalmente cubrirá los servicios de atención médica, los servicios de salud mental y los servicios de apoyo a largo plazo (LTSS) que reciba al seguir nuestras reglas. Para estar cubierto por nuestro plan:

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- La atención que usted reciba debe estar incluida en nuestra Tabla de Beneficios Médicos en **el Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* .
- La atención debe ser **médicamente necesaria** . Por razones médicas 3. Enviar lo necesario, nosotros Esto significa que usted necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le evita tener que ingresar en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para recibir servicios médicos, debe contar con un **médico de atención primaria (PCP) dentro de la red** que le brinde y supervise su atención. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP (consulte **la Sección D1** para obtener más información).
- En la mayoría de los casos, su médico de cabecera o nuestro plan deben autorizarle antes de que pueda acudir a un proveedor que no sea su médico de cabecera o a otros proveedores de nuestra red. Esto se denomina **remisión** . Si no recibe la autorización, es posible que no cubramos los servicios.
- No necesitas una derivación de tu médico de cabecera para recibir atención de emergencia o urgente, ni para consultar con un especialista en salud femenina. Puedes recibir otros tipos de atención sin necesidad de una derivación de tu médico de cabecera (consulta **la Sección D1** para obtener más información).
- **Debe recibir atención médica de proveedores dentro de nuestra red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo) **.** Por lo general, no cubrimos la atención de proveedores que no trabajan con nuestro plan de salud. Esto significa que deberá pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. A continuación, se presentan algunos casos en los que esta regla no se aplica:
- Si necesita atención de emergencia o urgente de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, vaya a **la Sección I**).
- Si necesita atención médica que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proporcionársela, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubrimos la atención como si la recibiera de un proveedor de la red **o** sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre cómo

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

obtener la aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte **la Sección D4** .

- Si necesita servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan por un corto tiempo o cuando su proveedor no está disponible o no es accesible temporalmente, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red. El copago que usted paga por la diálisis nunca puede ser mayor que el copago en Medicare Original. Si se encuentra fuera de nuestra red, Trasplante. Trasplante, área de servicio de lan y reciba diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, su copago no puede ser mayor que el copago que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y elige recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red, su copago para la diálisis puede ser mayor . Si es posible, llame a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.

C. Su coordinador de servicio

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

C1. Qué es un coordinador de servicios

El coordinador de servicios le ayudará con la coordinación de los servicios médicos para atender sus necesidades médicas. El coordinador de servicios:

- Le ayudamos a elegir un médico de atención primaria y a organizar su atención médica con él.
- Te enseñaremos cómo y cuándo usar la línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas.
- Le proporcionaremos información sobre la enfermedad y la medicación, y le explicaremos y describiremos las opciones de servicio y ubicación.
- Abogue por sus intereses y colabore con su equipo de atención médica y obtenga ayuda con cualquier asunto médico, de salud mental y servicios y apoyos a largo plazo.
- Ayudar al miembro a garantizar un acceso oportuno y coordinado a una variedad de servicios y/o servicios cubiertos por Medicaid.
- Colaborar con el centro de enfermería para garantizar los mejores resultados posibles para la salud y la seguridad del miembro.
- Busca maneras de vivir en casa o en otros entornos comunitarios.

C2. Cómo contactar con su coordinador de servicio

Para hablar con un coordinador de servicio, llame a Servicios para Miembros al Equipo de Coordinación de Servicios al 1.888.435.5150 TTY: 7-1-1 para personas sordas o con discapacidad auditiva.

C3. Cómo puede cambiar de coordinador de servicio

Al unirse al plan Community Health Choice STAR+PLUS, se le asignará un Coordinador de Servicios. Su Coordinador de Servicios lo llamará o lo visitará en persona para hablar sobre sus necesidades de atención médica y brindarle más información sobre los servicios disponibles. Le hará preguntas sobre su salud y el apoyo que necesita. Su Coordinador de Servicios mantendrá la confidencialidad de toda la información que comparta. Para hablar con un Coordinador de Servicios o cambiarlo, llame al 1.888.435.5150. TTY: 7-1-1 para personas sordas o con discapacidad auditiva.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

D. Atención por parte de los proveedores

D1. Atención por parte de un médico de atención primaria (PCP)

Debe elegir un médico de atención primaria para que le proporcione y gestione su atención médica .

Definición de un médico de atención primaria y qué hace un médico de atención primaria por usted.

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)?

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- 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.

Su elección de PCP

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 para seleccionar un médico de atención primaria (PCP), llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 o visite nuestro sitio web (www.communityhealthchoice.org/medicare) para obtener la información más actualizada sobre nuestros proveedores de la red. Si no selecciona un PCP al momento de la inscripción, podemos elegir uno por usted. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.

Opción de 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 nuestra red. Si tu médico de cabecera deja nuestra red, podemos ayudarte a encontrar 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 el plan, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro de Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) que reflejará este cambio.

Servicios que puede obtener sin la aprobación de su médico de cabecera.

En la mayoría de los casos, necesitas la aprobación de tu médico de cabecera antes de acudir a otros proveedores. Esta aprobación se denomina **derivación** . Puedes acceder a servicios como los que se enumeran a continuación sin necesidad de obtener primero la aprobación de tu médico de cabecera:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Servicios cubiertos que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si 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 se encuentra fuera del área de cobertura de nuestro plan o nuestra red no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de cobertura de nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de cobertura. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté fuera.
- vacunas contra la gripe y contra la COVID-19, siempre y cuando las obtengas de un proveedor de red.
- Servicios rutinarios de atención médica para mujeres y planificación familiar. Esto incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los realice con un proveedor dentro de la red.
- Además, si reúne los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígenas, puede utilizarlos sin necesidad de una derivación.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red.

Un especialista es un médico que brinda atención médica para una enfermedad o parte específica del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas, tales como:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

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

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

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).

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Es posible que un proveedor de red que usted utilice deje de formar parte de nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja de formar parte de nuestro plan, usted cuenta con los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos garantizarle un acceso ininterrumpido a proveedores cualificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Si su médico de cabecera o su proveedor de salud mental deja de formar parte de nuestro plan, le notificaremos si visitó a dicho proveedor en los últimos tres 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 tres meses.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Le ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado dentro de la red para que continúe gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente está recibiendo 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.
- Si no podemos encontrar un especialista cualificado dentro de la red que esté a su disposición, debemos derivarlo a un especialista fuera de la red para que le brinde atención médica cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea insuficiente para cubrir sus necesidades médicas. *Se requiere autorización previa.*
- Si descubre que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, contáctenos. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para gestionar su atención médica.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos gestionando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejora de la Calidad (QIO), una reclamación sobre la calidad de la atención o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

Si utiliza un proveedor que no pertenece a la red, dicho proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y/o STAR+PLUS.

- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare y/o STAR+PLUS.
- Si usted utiliza un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, deberá pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no cumplen los requisitos para participar en Medicare.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios de servicios y apoyos a largo plazo (LTTS) incluyen atención domiciliaria primaria, actividades diurnas y servicios de salud, y el programa STAR+PLUS HCBS, que asisten a los miembros en la comunidad. Los servicios y apoyos de atención a largo plazo son beneficios que le ayudan a mantenerse seguro e independiente en su hogar o comunidad. Puede obtener servicios de atención a largo plazo si necesita ayuda con las necesidades diarias de atención médica y de la vida diaria. Algunos de los servicios incluyen ayuda para vestirse, bañarse o ir al baño; preparar comidas; realizar tareas domésticas ligeras; o ayudarle con sus compras de comestibles.

Algunos miembros de STAR+PLUS pueden obtener otros servicios de atención a largo plazo que se basan en sus necesidades médicas. Estos se denominan Servicios de Exención de STAR+PLUS (quizás haya oído hablar de estos servicios como CBA):

- Ayudas adaptativas como: sillas de ruedas, andadores, bastones y equipos médicos duraderos.
- Acogimiento familiar para adultos
- Servicios de asistencia para la vida diaria
- Servicios dirigidos al consumidor
- Servicios de respuesta a emergencias
- Comidas a domicilio
- Pequeñas modificaciones en el hogar
- Servicios de residencias de ancianos
- Asistente de cuidado personal
- Servicios de atención de relevo
- Servicios de terapia (física, ocupacional, del habla)
- Supervisión protectora
- Servicios de asistencia para la transición
- Servicios dentales
- Terapia de rehabilitación cognitiva

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por uso de sustancias)

Servicios BH, que incluyen: a. Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados para

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

adultos y niños. Los servicios de hospitalización psiquiátrica proporcionados en un hospital psiquiátrico independiente a miembros menores de 21 años o de 65 años o más no están sujetos a una limitación de días para los servicios; b. MHR y TCM de salud mental para personas que no están inscritas simultáneamente en Medicare y Medicaid servicios ambulatorios de salud mental para adultos y niños; c. Servicios de psiquiatría; d. Servicios de consejería para adultos (de 21 años o más); e. Servicios de tratamiento de SUD, que incluyen: i. Servicios ambulatorios, que incluyen: (1) Evaluación; (2) Servicios de manejo de abstinencia; (3) Consejería (individual y grupal); y (4) MAT; ii. Servicios residenciales, que pueden proporcionarse en un CDTF en lugar de un entorno de hospitalización de cuidados agudos, que incluyen: (1) Manejo de abstinencia residencial; y (2) Tratamiento residencial (que incluye alojamiento y comida).

G. Cómo obtener servicios dirigidos al consumidor

Los Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDS, por sus siglas en inglés) le permiten tener más opciones y control sobre algunos de los servicios de apoyo a largo plazo que recibe. Como miembro de STAR+PLUS, puede elegir las opciones de CDS que desea administrar. Con CDS puede: • Encontrar, seleccionar, contratar y despedir (si es necesario) a las personas que le prestan servicios (su personal) • Capacitar y dirigir a su personal

G1. Los Servicios Dirigidos por el Consumidor (SDC) permiten a las personas contratar y gestionar a quienes prestan sus servicios.

Estos son los servicios que puede gestionar en CDS:

- Cuidado de asistentes
- Habilitación de CFC
- Servicio de Asistencia Personal de CFC
- Terapia de rehabilitación cognitiva
- Asistencia al Empleo en Enfermería
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Cuidados de relevo
- Terapia del habla
- Consulta de apoyo
- Empleo con apoyo

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Si decides formar parte de CDS, firmarás un contrato con una Agencia de Servicios de Gestión Financiera (FMSA). La FMSA te ayudará a empezar, te capacitará y te brindará apoyo si lo necesitas. La FMSA se encargará de tu nómina y de la declaración de tus impuestos.

G2. ¿Quién puede recibir atención autodirigida?

Comuníquese con su Coordinador de Servicios para obtener más información sobre CDS. Puede llamar a nuestro Equipo de Coordinación de Servicios al 1.888.435.5150 (llamada gratuita TTY 7-1-1) o también puede llamar al Servicio al Miembro al 1.888.435.2820 (llamada gratuita TTY 7-1-1). Puede visitar el sitio web de CDS en www.hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/consumer-directed-services-cds . Aquí podrá leer más sobre la opción de Servicios Dirigidos al Consumidor (CDS). También encontrará una lista de agencias de servicios dirigidos al consumidor. Puede contactarlas para obtener más información sobre la opción CDS y su funcionamiento.

H. Servicios de transporte médico no urgente (NEMT, por sus siglas en inglés)

H1. ¿Qué son los servicios de NEMT?

Los servicios de transporte médico no urgente (NEMT) proporcionan transporte a citas médicas no urgentes si no dispone de otras opciones de transporte.

- Estos viajes incluyen traslados al médico, dentista, hospital, farmacia y otros lugares donde se reciben servicios de atención médica.
- Estos viajes **no** incluyen traslados en ambulancia.

H2. ¿Qué servicios están incluidos?

Los servicios de transporte médico no urgente incluyen:

- Abonos o billetes para el transporte, como el transporte público dentro y entre ciudades o estados (incluidos los viajes en tren o autobús).
- Servicios de transporte aéreo comercial.
- Servicios de transporte a demanda (puerta a puerta) en autobuses, furgonetas o sedanes privados (incluidos vehículos adaptados para sillas de ruedas, si fuera necesario).

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Reembolso de kilometraje para un participante individual en el transporte (ITP) por un viaje verificado y completado a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una persona responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Costos de transporte para su asistente de NEMT si necesita que lo acompañe a su cita. Un asistente de NEMT es:
- Un adulto que le proporcione la asistencia necesaria para la movilidad, asistencia personal o lingüística durante el transporte. (Por ejemplo, esto puede incluir a un adulto que actúe como su asistente personal).
- Un animal de servicio que le proporciona la movilidad o la asistencia personal necesaria durante el transporte y que ocupa un asiento que, de otro modo, estaría ocupado por otra persona.
- Un adulto que viaja con usted porque un profesional de la salud ha indicado por escrito que usted necesita un acompañante.

H3. Cómo programar los servicios de transporte médico no urgente (NEMT)

Recuerde programar los viajes con la mayor antelación posible, y **al menos dos días hábiles antes. Necesitas el transporte** . Puedes programar viajes con menos antelación en ciertos casos, entre ellos:

- Recogida tras el alta hospitalaria.
- Visitas a la farmacia para adquirir medicamentos o suministros médicos autorizados.
- Viajes por afecciones urgentes. (Una afección urgente es una condición de salud que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento en un plazo de 24 horas).

Planifique sus viajes de larga distancia con al menos cinco días de anticipación.

Si tiene un viaje programado y su cita médica se cancela **antes** del viaje, comuníquese de inmediato con MTM Health al número gratuito 1-833-502-0191 (o 711 para TTY). MTM Health está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede visitar https://mtm.work/ desde cualquier navegador web en su computadora o dispositivo móvil, o descargar la aplicación de programación MTM Link desde la tienda de aplicaciones de su

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

teléfono inteligente. Asegúrese de reservar con al menos 2 días hábiles de anticipación. La información está disponible en inglés y español. Llame a MTM Health para obtener un intérprete. En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o acuda al hospital más cercano.

I. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica , cuando se necesiten con urgencia o durante un desastre.

I1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o un empeoramiento rápido de la condición. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos básicos de salud y medicina podría esperar que tenga las siguientes consecuencias:

- grave riesgo para su vida
- pérdida o daño grave a las funciones corporales; **o**
- pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad; **o**

Si tiene una emergencia médica:

- **Busca ayuda lo más rápido posible.** Llama al 911 o acude a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llama a una ambulancia si la necesitas. **No tienes que...** Necesitas la aprobación o una remisión de tu médico de cabecera. **No es** necesario que uses un proveedor de la red. Puedes **recibir** atención médica de emergencia cubierta cuando la necesites, en cualquier lugar de los EE. UU. o sus territorios, de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.

Infórmenos sobre su emergencia lo antes posible. Daremos seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para informarnos sobre su emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Sin embargo, no pagará por los servicios de emergencia si demora en informarnos. Comuníquese con el servicio de atención al cliente al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

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. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en **el Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* .

Los profesionales que le brindan atención de emergencia deciden cuándo su estado se estabiliza y la emergencia médica ha terminado. Continuarán atendiéndole y se comunicarán con nosotros para coordinar si necesita atención de seguimiento para recuperarse.

Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que proveedores de la red se hagan cargo de su atención lo antes posible.

Recibir atención de emergencia si no se trataba de una emergencia.

A veces puede ser difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud mental. Puede que acudas a urgencias y el médico te diga que no era una emergencia. Si tenías motivos razonables para creer que tu salud corría grave peligro, cubrimos tu atención médica.

Sin embargo, después de que el médico dijo que no lo era En caso de emergencia, cubrimos su atención adicional solo si:

- Usted utiliza un proveedor de red **o**
- La atención adicional que reciba se considera “atención de urgencia” y deberá seguir las normas para obtenerla. Consulte la siguiente sección.

I2. Atención que se necesita con urgencia

La atención médica urgente es aquella que se recibe en situaciones que no constituyen una emergencia, pero que requieren atención inmediata. Por ejemplo, puede tratarse de una exacerbación de una afección preexistente o de una enfermedad o lesión imprevista.

Atención médica urgentemente necesaria en el área de servicio de nuestro plan.

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención médica urgente solo si:

- Usted recibe esta atención de un proveedor de red **y**
- Debes seguir las reglas descritas en este capítulo.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, teniendo en cuenta su tiempo, lugar o circunstancias, cubrimos la atención médica urgente que reciba de un proveedor fuera de la red.

Atención médica urgente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Cuando te encuentres fuera del área de cobertura de nuestro plan, es posible que no puedas recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención médica urgente que recibas de cualquier proveedor. Sin embargo, las consultas médicas rutinarias necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si te encuentras fuera del área de cobertura de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

Nuestro plan no cubre la atención médica no urgente ni ningún otro tipo *de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.*

I3. Cuidados durante un desastre

Si el gobernador de Texas, 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 seguirá teniendo derecho a recibir atención médica a través de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante una situación de desastre declarada: www.communityhealthchoice.org/medicare.

Durante una situación de desastre declarada, si no puede acudir a un proveedor de la red, puede recibir atención médica de proveedores fuera de la red con la misma tarifa de copago que los proveedores dentro de la red . Si no puede acudir a una farmacia de la red durante una situación de desastre declarada, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

J. ¿Qué sucede si se le factura directamente por los servicios cubiertos?

Si pagó por los servicios cubiertos **o** si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro.* para averiguar qué hacer.

No debes pagar la factura tú mismo. Si lo haces, es posible que no podamos reembolsarte el dinero.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios.

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se consideren médicamente necesarias, **y**
- que se enumeran en la Tabla de Beneficios de nuestro plan (consulte **el Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*), **y**
- que se obtienen siguiendo las reglas del plan.

Si contrata servicios que nuestro plan no cubre, **deberá pagar el costo total usted mismo** .

Si desea saber si cubrimos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitar esta información por escrito. Si le decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El capítulo 9 de este *Manual del Miembro* explica qué hacer si desea que cubramos un servicio o artículo médico. También le indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Cubrimos algunos servicios hasta un límite determinado. Si supera dicho límite, deberá pagar el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame a Atención al Cliente para averiguar cuáles son los límites de los beneficios y cuántos de sus beneficios ha utilizado.

K. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica.

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tratamientos o medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare generalmente requiere 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 nuestro plan.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no necesita...** Necesita informarnos u obtener nuestra aprobación o la de su médico de cabecera.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio **no lo hacen.** Deben ser proveedores de la red. Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para su evaluación, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si tiene previsto participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los afiliados a Medicare Original, le recomendamos que usted o su coordinador de servicios se pongan en contacto con el Servicio de Atención al Cliente para informarnos de que participará en un ensayo clínico.

K2. Pago por servicios cuando participas en un estudio de investigación clínica.

Si participa como voluntario en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare cubre los servicios del estudio, así como los costos rutinarios asociados con su atención médica. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, la mayoría de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio estarán cubiertos. Esto incluye:

- Alojamiento y manutención para una estancia hospitalaria que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera en un estudio.
- una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación.
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación de la nueva atención

Si usted forma parte de un estudio que Medicare **no ha** Una vez aprobado, usted correrá con todos los gastos derivados de su participación en el estudio .

K3. Más información sobre estudios de investigación clínica.

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte la sección «Medicare y los estudios de investigación clínica» en el sitio web de Medicare (www.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.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

L. Cómo se cubren sus servicios de atención médica en una institución de atención médica religiosa no médica.

L1. Definición de una institución religiosa de atención sanitaria no médica.

Una institución religiosa de atención médica no convencional es un lugar que brinda la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención médica no convencional.

Este beneficio es solo para servicios de hospitalización de la Parte A de Medicare (servicios de atención médica no médicos).

L2. Atención brindada por una institución religiosa de atención médica no médica.

Para recibir atención médica en una institución religiosa no médica, debe firmar un documento legal en el que declare que se opone a recibir tratamiento médico que no esté contemplado en sus creencias.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que sea **voluntario y que no esté exigido** por ninguna ley federal, estatal de Texas o local.
- El tratamiento médico “exento” es cualquier atención o tratamiento que **no sea voluntario y que sea obligatorio** según la ley federal, la ley de Texas o la ley 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 recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en una instalación:
- 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.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Debe obtener nuestra aprobación antes de ser admitido en el centro, de lo contrario 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.

M. Equipo médico duradero (EMD)

M1. DME como miembro de nuestro plan

El DME incluye ciertos artículos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, como 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 (IV), dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre se poseen algunos equipos médicos duraderos, como prótesis.

Otros tipos de DME (Equipos Médicos Duraderos) se deben alquilar. Como miembro de nuestro plan, usted **no será** propietario de los artículos DME alquilados, independientemente de la duración del alquiler.

En algunos casos excepcionales, le transferimos la propiedad del equipo médico duradero. Para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Cliente al número de teléfono que aparece al final de la página.

Aunque hayas tenido equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) cubiertos por Medicare durante un máximo de 12 meses consecutivos antes de unirte a nuestro plan, no serás **propietario del** equipo.

M2. Propiedad de DME si cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipos médicos duraderos (EMD) los adquieren después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de EMD antes de adquirirlos.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Tendrás que realizar 13 pagos consecutivos bajo Medicare Original, o tendrás que realizar la cantidad de pagos consecutivos establecida por el plan MA, para ser propietario del artículo DME si:

- Usted no se convirtió en propietario del artículo DME mientras estuvo en nuestro plan, **y**
- Usted abandona nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Medicare Original o de un plan MA.

Si usted realizó pagos por el artículo DME bajo Medicare Original o un plan MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o del plan MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de dejar nuestro plan** .

- Tendrás que realizar 13 pagos nuevos consecutivos bajo el Medicare Original o un número de pagos nuevos consecutivos establecido por el plan MA para ser propietario del artículo DME.
- No hay excepciones a esto cuando regresa a Medicare Original o a un plan MA.

M3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan.

Si usted reúne los requisitos para recibir equipos de oxígeno cubiertos por Medicare, nosotros cubrimos:

- alquiler de equipos de oxígeno
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno.
- mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si abandona nuestro plan.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

M4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).

Cuando necesite equipo de oxígeno por motivos médicos y **deje nuestro plan para cambiarse a Medicare Original** , lo alquilará a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo por 36 meses** , Su proveedor debe proporcionar:

- equipos, suministros y servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Equipos y suministros de oxígeno por hasta cinco años si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de cinco años** :

- Su proveedor ya no está obligado a proporcionárselo, y usted puede optar por obtener el equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo período de cinco años.
- Usted alquila a un proveedor por 36 meses.
- Su proveedor le proporcionará entonces el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Cada cinco años comienza un nuevo ciclo, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando necesite equipo de oxígeno por motivos médicos y **deje nuestro plan para cambiarse a otro plan MA** , este último cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Puede consultar con su nuevo plan MA qué equipo y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones o limitaciones aplicables a dichos servicios . También le informa sobre los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro* .

Tabla de contenido

A. Sus servicios cubiertos 54

B. Normas que prohíben a los proveedores cobrarle por los servicios 54

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

C. Acerca de la tabla de beneficios de nuestro plan 54

D. Tabla de beneficios de nuestro plan 58

D1. Nuestros servicios a domicilio y comunitarios 114

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro .....plan 12 5

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan , ...Medicare, STAR+PLUS o Medicaid de pago por servicio 126

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre nuestro plan. También puede informarse sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* . Este capítulo también explica las limitaciones de algunos servicios.

Gracias a la ayuda de STAR+PLUS, usted no paga nada por los servicios cubiertos siempre y cuando cumpla con las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las normas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de servicios al 1-888-435-5150 y/o a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 .

B. Normativa que prohíbe a los proveedores cobrarle por los servicios.

No permitimos que nuestros proveedores le cobren por los servicios cubiertos por su red. Les pagamos directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto se aplica incluso si les pagamos menos de lo que cobran por el servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos . Si la recibe, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* o llame al Servicio de Atención al Miembro.

C. Acerca de la tabla de beneficios de nuestro plan

La tabla de beneficios le indica los servicios que cubre nuestro plan . (La cobertura de medicamentos se encuentra en **el Capítulo 5**). En ella se enumeran los servicios cubiertos en orden alfabético y se explican.

Pagamos por los servicios que figuran en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las siguientes condiciones. Usted **no paga nada** por los servicios que figuran en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla con los requisitos que se describen a continuación.

- Ofrecemos servicios cubiertos por Medicare y STAR+PLUS de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y STAR+PLUS.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Los servicios *(que incluyen atención médica, servicios de salud mental y tratamiento de adicciones, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, equipos y medicamentos*) deben ser médicamente necesarios. Se considera médicamente necesario cualquier servicio , suministro o medicamento que usted necesite para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le evita tener que ingresar en un hospital o centro de enfermería. Asimismo, significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Para los nuevos afiliados, durante los primeros 90 días es posible que no les solicitemos aprobación previa para ningún tratamiento activo, incluso si dicho tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Usted recibe atención médica de un proveedor de nuestra red. Un proveedor de nuestra red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de una emergencia o atención urgente, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya proporcionado una referencia. Esto significa que usted deberá pagar al proveedor el costo total de los servicios que reciba fuera de la red. **El Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* contiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.

- Usted cuenta con un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o un equipo de atención que le brinda y administra su atención médica.

- Cubrimos algunos servicios que figuran en la Tabla de Beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa. Esto se denomina autorización previa (AP). En la Tabla de Beneficios, indicamos con una nota al pie los servicios cubiertos que requieren AP.

- Si nuestro plan 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, según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del médico tratante.

- 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

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You <inserte el año>* . Puede verlo en línea en www.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).

- Si Medicare añade cobertura para algún servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Al igual que todos los planes de salud STAR+PLUS, cubrimos todo lo que cubre STAR+PLUS. Si STAR+PLUS o Medicaid de Texas añaden cobertura para algún servicio nuevo durante 2027, nuestro plan o Medicaid de Texas cubrirá dichos servicios.
- Si pierde su cobertura STAR+PLUS dentro del *mes de vigencia de su elegibilidad,* continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por su plan Medicare Advantage. Sin embargo, su cobertura STAR+PLUS podría finalizar antes que su cobertura de Medicare con nosotros. Cuando finalice su cobertura STAR+PLUS, no pagaremos por sus beneficios STAR+PLUS. El monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare no cambia durante este período.

  Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para STAR+PLUS. Si recupera su elegibilidad para STAR+PLUS mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de STAR+PLUS y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar STAR+PLUS en un plazo de 1 mes, lo daremos de baja de Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) y lo transferiremos a Community DualCare Access (HMO D-SNP) . Si recupera la elegibilidad para STAR+PLUS después de haber sido dado de baja, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en Community DualCare Aligned (HMO D-SNP).

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.

Información importante sobre los beneficios para los miembros con ciertas afecciones crónicas.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Si usted padece 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

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- 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 (ERS): 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 que aparece a continuación.
- Contáctanos para saber exactamente a qué beneficios puedes tener derecho.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana🍎 Muestra los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

❓ **Si tiene preguntas** , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Detección de aneurisma aórtico abdominal Cubrimos el costo de una 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).	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Acupuntura Cubrimos hasta 12 sesiones de acupuntura en 90 días si usted padece dolor lumbar crónico, definido como: • con una duración de 12 semanas o más; • no específico (que no tiene una causa sistémica que se pueda identificar, como por ejemplo no estar asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no asociado con cirugía; • No está relacionado con el embarazo. Además, si experimenta mejoría, le pagaremos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico. No podrá recibir más de 20 tratamientos de acupuntura al año para el dolor lumbar crónico. Los tratamientos de acupuntura deben interrumpirse si no mejora o si 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: • 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,	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	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.	
	**Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol** Financiamos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que abusan del alcohol pero no son dependientes. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial cada año (si está en condiciones de mantenerse alerta durante el asesoramiento) con un médico de atención primaria cualificado o un profesional sanitario en un centro de atención primaria.	$0



Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, tanto para situaciones de emergencia como para situaciones que no lo son, incluyen transporte terrestre y aéreo (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano donde puedan brindarle atención médica. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un centro de atención médica puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (no urgentes) deben ser aprobados por nosotros. En casos que no sean de emergencia, podríamos costear una ambulancia. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un centro de atención médica pongan en riesgo su vida o su salud.	$0
	**Visita anual de bienestar** Puedes hacerte un chequeo anual. Esto sirve para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en tus factores de riesgo actuales. Nosotros cubrimos este costo una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita **de bienvenida a Medicare** . Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita **de bienvenida a Medicare** para recibir visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	$0



Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios de salud conductual El plan cubrirá los siguientes servicios: • Gestión de casos dirigida a la salud mental • servicios de rehabilitación de salud mental ○ atención ambulatoria de salud mental Pagamos los servicios de salud mental proporcionados por: • un psiquiatra o médico con licencia estatal • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico (TSC) • una enfermera especialista clínica (CNS) • un consejero profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • una enfermera especializada (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de la salud mental cualificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	$0
	Medición de la masa ósea Financiamos ciertos procedimientos para los miembros que cumplen con los requisitos (generalmente, personas con riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis). Estos procedimientos permiten identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o evaluar la calidad ósea. Pagamos por los servicios una vez cada 24 meses, o con mayor frecuencia si es médicamente necesario. También pagamos para que un médico revise los resultados y emita su opinión.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Pruebas de detección de cáncer de mama (mamografías) Pagamos por los siguientes servicios: • 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	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Cubrimos los costos de los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertos requisitos y contar con una orden médica. Cubrimos estos programas integrales si usted ha tenido al menos una de estas afecciones: • infarto en los últimos 12 meses • cirugía de bypass de arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • 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: Puedes acceder a un máximo de 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puedes tener dos sesiones al día (de una hora de duración cada una) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumples los requisitos, podrías acceder a 36 sesiones adicionales distribuidas a lo largo de un período más extenso. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (del corazón) (terapia para enfermedades cardíacas) Cubrimos el costo de una visita al año, o más si es médicamente necesario, con su médico de cabecera para ayudar a reducir su riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante la visita ***o*** visitas, su médico puede: • hablar sobre el uso de la aspirina, • controlar su presión arterial **y/o** • Te daremos consejos para asegurarte de que te alimentas bien.	$0
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (cardíacas) Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares cada cinco años (60 meses). Estos análisis también detectan defectos que aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardíacas.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Detección precoz del cáncer de cuello uterino y de vagina Pagamos por los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Para mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para mujeres que hayan tenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y estén en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para mujeres que hayan tenido un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y estén en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	$0
	Servicios quiroprácticos Pagamos por los siguientes servicios: • ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación Hasta 24 visitas al año. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Detección precoz del cáncer colorrectal Pagamos por los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (diez 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 cuando han transcurrido 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, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de cribado 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.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Este beneficio continúa en la página siguiente. Detección precoz del cáncer colorrectal (continuación) • 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 tres años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada tres 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 o una colonoscopia de detección programadas que impliquen la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de, y en la misma consulta clínica que la prueba de detección.	

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios dentales Ciertos servicios dentales, como limpiezas, empastes y prótesis dentales, están disponibles a través del Programa Dental Medicaid de Texas . Cubrimos algunos servicios dentales cuando estos son parte integral del tratamiento de la afección médica principal de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales previas a la radioterapia para el cáncer de mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. **Nota:** Nuestro plan ofrece servicios dentales adicionales a través de su D-SNP y STAR+PLUS y/o exención STAR+PLUS HCBS. Consulte la tabla de beneficios en **la sección E** para obtener más información.	Varía
	**Detección de la depresión** Financiamos una prueba de detección de depresión al año. Esta prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	$0



Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Detección de diabetes Nosotros cubrimos el costo de esta prueba (que incluye análisis de glucosa en ayunas) si usted presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: • alta (hipertensión) • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia). • obesidad • antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa) En otros casos, las pruebas pueden estar cubiertas, por ejemplo, si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted podría ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes Suministramos los siguientes servicios a todas las personas con diabetes (tanto si usan insulina como si no): • Suministros para controlar su nivel de glucosa en sangre, incluyendo lo siguiente: • un monitor de glucosa en sangre • tiras reactivas para medir la glucosa en sangre • dispositivos de lanceta y lancetas • Soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que padecen pie diabético grave, cubrimos los siguientes gastos: • un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas), incluido el ajuste, y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, **o** • un par de zapatos de profundidad, incluyendo el ajuste, y tres pares de plantillas al año (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos). En algunos casos, costeamos la capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de servicios o con el Departamento de Atención al Socio. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Equipos médicos duraderos (EMD) y suministros relacionados Consulte el **Capítulo 12** de este *Manual para Miembros* para obtener una definición de “Equipo médico duradero (EMD)”. Cubrimos los siguientes temas: • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchones motorizados • suministros para diabéticos • audífonos (incluidos exámenes auditivos regulares y exámenes para la adaptación de audífonos) • camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar • bombas de infusión intravenosa (IV) y poste • suministros para la incontinencia • dispositivos generadores de voz • equipos y suministros de oxígeno • nebulizadores • caminantes • Mango curvo estándar o bastón de cuatro patas y suministros de repuesto • tracción cervical (por encima de la puerta) • estimulador óseo • equipo para el cuidado de la diálisis Es posible que se incluyan otros artículos. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	*Copago de $0*

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Equipos médicos duraderos (EMD) y suministros relacionados (continuación) Nosotros cubrimos todos los equipos médicos duraderos (EMD) que normalmente cubren Medicare y STAR+PLUS. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede solicitarlo especialmente para usted.	

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	atención de urgencia La atención de emergencia significa servicios que son: • proporcionado por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, • necesario para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga las siguientes consecuencias: • riesgo grave para su vida o para la de su hijo por nacer ; **o** • daño grave a las funciones corporales; **o** • pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: • No hay tiempo suficiente para trasladarte de forma segura a otro hospital antes del parto. • Un traslado a otro hospital puede suponer una amenaza para su salud o seguridad, o para la de su hijo por nacer. *El plan solo cubre la atención de emergencia dentro de los Estados Unidos y sus territorios, según sea necesario. Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos por STAR+PLUS.*	$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención hospitalaria después de que su emergencia se haya estabilizado, debe trasladarse a un hospital de la red para que su atención siga siendo cubierta. Podrá recibir atención hospitalaria en un hospital que no pertenezca a nuestra red solo si nuestro plan aprueba su estancia.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Programas de educación sobre salud y bienestar Asesoramiento nutricional para niños, programas para dejar de fumar para mujeres embarazadas y exámenes médicos anuales para adultos.	$0
	Servicios auditivos Cubrimos los costos de las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su médico. Estas pruebas le indicarán si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención ambulatoria cuando las realiza un médico, audiólogo u otro profesional calificado.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Ayuda con ciertas afecciones crónicas *Si el afiliado ha sido diagnosticado por un proveedor del plan con la(s) afección(es) crónica(s) identificada(s) y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para otros beneficios suplementarios específicos y/o una reducción específica en los costos compartidos.* • *trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (TCS),* • *Trastornos autoinmunes,* • *Cáncer, Trastornos cardiovasculares,* • *insuficiencia cardíaca crónica,* • *Demencia,* • *Diabetes mellitus,* • *Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico,* • *Enfermedad gastrointestinal crónica,* • *enfermedad renal crónica (ERC),* • *Trastornos hematológicos graves,* • *VIH/SIDA,* • *Trastornos pulmonares crónicos,* • *Trastornos mentales crónicos e incapacitantes,* • *Trastornos neurológicos,* • *Ataque,* • *Trasplante de órganos,* • *Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores,* • *Condiciones asociadas con el deterioro cognitivo,* • *Condiciones con dificultades funcionales,* • *afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato,* • *Condiciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento.*	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Prueba de detección del VIH Nosotros pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: • solicitar una prueba de detección del VIH, **o** • tienen un mayor riesgo de infección por VIH.	$0
	Atención médica domiciliaria a través de una agencia Para poder acceder a los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en su domicilio, lo que significa que salir de casa le supone un gran esfuerzo. Pagamos por los siguientes servicios, y posiblemente por otros servicios no mencionados aquí: • Servicios de enfermería especializada y asistencia sanitaria a domicilio a tiempo parcial o intermitente (Para estar cubiertos por el beneficio de atención sanitaria a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistencia sanitaria a domicilio deben sumar menos de ocho horas al día y 35 horas a la semana). • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipos y suministros médicos Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Terapia de infusión domiciliaria Nuestro plan cubre la terapia de infusión a domicilio, que consiste en la administración de medicamentos o sustancias biológicas por vía intravenosa o subcutánea en su domicilio. Para realizar la infusión a domicilio se requiere lo siguiente: • el fármaco o sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipo, como una bomba; **y** • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión a domicilio, que incluyen, entre otros: • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención; • Capacitación y educación para los miembros que no estén ya incluidas en el beneficio de DME; • monitoreo remoto; **y** • 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.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Cuidados paliativos Usted tiene derecho a optar por cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del programa de cuidados paliativos determinan que su pronóstico es terminal. Esto significa que padece una enfermedad terminal y se espera que viva seis meses o menos. Puede recibir atención en cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en su área de servicio, incluyendo aquellos que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede pertenecer a la red de Medicare o estar fuera de ella. Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • cuidados de relevo a corto plazo • atención domiciliaria Cuando usted ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan. **Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B que se relacionan con su pronóstico terminal se facturan a Medicare:** • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por dichos servicios y por cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor facturará a Medicare Original por los servicios que este plan cubre. ***Este beneficio continúa en la página siguiente.***	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Cuidados paliativos (continuación) **Para los servicios cubiertos por nuestro plan pero no cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B:** • Nuestro plan cubre los servicios no cubiertos por Medicare Parte A ni Medicare Parte B. Cubrimos estos servicios independientemente de si están relacionados con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de Medicare Parte D de nuestro plan:** Los medicamentos nunca están cubiertos simultáneamente por el servicio de cuidados paliativos y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5.** de este *Manual del Miembro* . Nota: Si necesita atención médica que no sea de cuidados paliativos, llame a su coordinador de servicios o al departamento de atención al cliente para coordinar los servicios. Los cuidados no paliativos son aquellos que **no están** relacionados con el pronóstico terminal de la enfermedad.	

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Inmunizaciones Pagamos por los siguientes servicios: • 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 Cubrimos el costo de otras vacunas que cumplen con los requisitos de la Parte D de Medicare. Consulte el **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* para obtener más información.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	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. Nosotros cubrimos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no figuran en esta lista: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería regulares • Costos de las unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o las unidades de cuidados coronarios. • drogas y medicamentos • pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • suministros quirúrgicos y médicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y sala de recuperación • terapia física, ocupacional y del habla • servicios de internamiento para el abuso de sustancias **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0 Una vez estabilizada su emergencia, deberá obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención hospitalaria en un hospital fuera de la red.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Atención hospitalaria a pacientes internados (continuación) • En algunos casos, se realizan los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. • Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y determinará si es candidato. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de cobertura. Si los proveedores locales aceptan la tarifa de Medicare, podrá recibir el trasplante en su localidad o fuera del área de cobertura habitual de su comunidad. Si nuestro plan ofrece trasplantes fuera de nuestra área de cobertura y usted elige recibirlo allí, nosotros nos encargamos de organizar o cubrir los gastos de alojamiento y viaje para usted y un acompañante. • La cobertura incluye sangre, almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta que necesite. Debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre 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. • 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, consulte con el 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	

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	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 de hospitalización en un hospital psiquiátrico Cubrimos los servicios de salud mental que requieren hospitalización para miembros menores de 21 años o mayores de 65. No hay límite de días para los servicios. El límite de 190 días de cobertura para hospitalización en un hospital psiquiátrico no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados en la unidad psiquiátrica de un hospital general.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Estancia hospitalaria Servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estancia hospitalaria no cubierta. No cubrimos los gastos de su hospitalización si esta no es razonable ni médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones donde la hospitalización no está cubierta, podemos pagar los servicios que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente. Pagamos por los siguientes servicios, y posiblemente por otros servicios no mencionados aquí: • servicios médicos • pruebas de diagnóstico, como las pruebas de laboratorio • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluyendo materiales y servicios técnicos. • apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • Prótesis y dispositivos ortopédicos, distintos de los dentales, incluyendo su reemplazo o reparación. Se trata de dispositivos que reemplazan total o parcialmente: o un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), **o** o la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que no funciona correctamente. • Ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, fajas y prótesis de piernas, brazos y ojos. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en su condición. • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Puede ser necesaria autorización previa.	

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios y suministros para enfermedades renales Pagamos por los siguientes servicios: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñarle a cuidar sus riñones y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su atención médica. Debe tener enfermedad renal crónica en estadio IV y ser derivado por su médico. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en **el Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* , o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si usted es ingresado como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial. • Capacitación en autodiálisis, incluyendo capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en casa. • Equipos y suministros para diálisis domiciliaria • Determinados servicios de apoyo a domicilio, como las visitas necesarias de personal capacitado en diálisis para supervisar su tratamiento de diálisis en casa, ayudar en caso de emergencias y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua. La Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener más información, consulte la sección "Medicamentos de la Parte B de Medicare" en esta tabla.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Detección precoz del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (TCBD). Nuestro plan cubre las pruebas de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tienen entre 50 y 77 años, **y** • Tenga una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, **y** • Han fumado al menos un paquete al día durante 20 años sin presentar signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años. Tras la primera prueba de detección, nuestro plan cubre otra prueba anual con una orden escrita de su médico u otro profesional sanitario cualificado. Si un profesional sanitario decide ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre la detección del cáncer de pulmón, dicha consulta debe cumplir los criterios de Medicare para este tipo de visitas.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal que no reciben diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando *sea apropiado* : se le derive ***o*** se le ordene por su médico. Cubrimos tres horas de asesoramiento individual durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica a través de Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. A partir de entonces, cubrimos dos horas anuales de terapia individual. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de terapia con una prescripción médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la prescripción anualmente si necesita tratamiento durante el próximo año. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.	$0
	Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan cubre los servicios del MDPP para las personas que cumplen los requisitos. El MDPP está diseñado para ayudarle a mejorar sus hábitos saludables. Ofrece capacitación práctica en: • cambio dietético a largo plazo **y** • mayor actividad física **y** • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre los siguientes medicamentos: • Medicamentos que normalmente no te administras tú mismo y que se inyectan o infunden mientras recibes servicios médicos, ambulatorios de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria. • insulina suministrada mediante un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que usted toma utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó • El medicamento para el Alzheimer Leqembi® (lecanemab genérico) se administra por vía intravenosa (IV). Además del costo del medicamento, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento. Consulte 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 Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos inyectables para la osteoporosis. Cubrimos el costo de estos medicamentos si usted no puede salir de casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted misma. 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 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) cubiertos por Medicare Parte B	

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	• Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago ESRD, incluido 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. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	
	Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene 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 nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare. **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* Explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas. **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro* Explica lo que pagas por tus medicamentos a través de nuestro plan.	

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios de transporte médico no urgente (NEMT, por sus siglas en inglés) El plan cubrirá los gastos de transporte para citas médicas no urgentes si no dispone de otras opciones de transporte. • Estos viajes incluyen traslados al médico, dentista, hospital, farmacia y otros lugares donde se reciben servicios de atención médica. • Estos viajes **no incluyen** traslados en ambulancia. Los servicios de transporte médico no urgente incluyen: • pases o billetes para el transporte, como el transporte público dentro y entre ciudades o estados (incluidos el tren o el autobús). • servicios de transporte aéreo comercial • Servicios de transporte a demanda (puerta a puerta) en autobuses, furgonetas o sedanes privados (incluidos vehículos adaptados para sillas de ruedas, si fuera necesario). • Reembolso de kilometraje para un participante individual en el transporte (ITP) por un viaje verificado y completado a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una persona responsable, un familiar, un amigo o un vecino.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	atención en un centro de enfermería Un centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés) es un lugar que proporciona atención a personas que no pueden recibir cuidados en casa pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios por los que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea). • sangre, incluyendo almacenamiento y administración • Suministros médicos y quirúrgicos generalmente proporcionados por centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio que suelen realizar los centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología generalmente proporcionados por centros de enfermería. • uso de aparatos, como sillas de ruedas generalmente proporcionadas por residencias de ancianos **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Atención en residencias de ancianos (continuación) • servicios médicos/de profesionales sanitarios • equipo médico duradero • servicios dentales, incluyendo prótesis dentales • beneficios de visión • exámenes de audición • atención quiropráctica • servicios de podología Por lo general, recibirá atención médica en centros de nuestra red. Sin embargo, es posible que pueda recibirla en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de nuestro plan como forma de pago: • una residencia de ancianos o una comunidad de jubilados con atención continua donde vivías justo antes de ir al hospital (siempre que proporcione atención de enfermería). • un centro de enfermería donde reside su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted recibe el alta hospitalaria. Puede ser necesaria autorización previa.	
	Detección de la obesidad y terapia para mantener el peso bajo control Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos los gastos de asesoramiento para ayudarle a perder peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de atención primaria. De esta manera, se podrá integrar con su plan de prevención completo. Hable con su médico de cabecera. Para obtener más información.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP) Nuestro plan cubre los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (TCO) a través de un programa de tratamiento con opioides (PTO), que incluye los siguientes servicios : • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la FDA y, si corresponde, administrarle estos medicamentos. • asesoramiento sobre el consumo de sustancias • terapia individual y grupal • Análisis para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos Nosotros cubrimos los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no figuran en esta lista: • rayos X • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluyendo materiales y suministros para técnicos. • suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones. • pruebas de laboratorio • sangre, incluyendo almacenamiento y administración • 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 una afección médica. • otras pruebas diagnósticas ambulatorias	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Observación hospitalaria ambulatoria Suministramos los servicios de observación hospitalaria ambulatoria para determinar si necesita ser ingresado o si puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando los proporciona un médico u otra persona autorizada por la ley estatal 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. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún se le considere 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 de Medicare,* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios hospitalarios ambulatorios Pagamos 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, tales como: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como cirugía ambulatoria o servicios de observación. • de laboratorio y pruebas diagnósticas facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento hospitalario sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no puedes administrarte tú mismo Puede ser necesaria autorización previa.	$0
	Servicios de rehabilitación ambulatoria Nosotros cubrimos los gastos de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Puedes recibir servicios de rehabilitación ambulatoria en los departamentos de pacientes ambulatorios de los hospitales, en consultorios de terapeutas independientes, en centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) y en otros centros. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Pagamos por los siguientes servicios, y posiblemente por otros servicios no mencionados aquí: • Detección y asesoramiento sobre el abuso de alcohol • tratamiento del abuso de drogas • terapia individual o grupal por un profesional clínico cualificado. • Desintoxicación subaguda en un programa residencial de tratamiento de adicciones. • servicios de alcohol y/o drogas en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo • Tratamiento con naltrexona de liberación prolongada (Vivitrol) Puede ser necesaria autorización previa.	$0
	Cirugía ambulatoria Nosotros cubrimos los gastos de cirugías ambulatorias y servicios en centros ambulatorios hospitalarios y centros de cirugía ambulatoria. **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. Incluso si permanece hospitalizado durante la noche, es posible que se le siga considerando paciente ambulatorio. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos. **La hospitalización parcial** es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro comunitario de salud mental, y es más intensiva que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT) o consejero profesional licenciado. Puede ayudarle a evitar tener que permanecer hospitalizado. **El servicio ambulatorio intensivo** es un programa estructurado de tratamiento terapéutico activo para la salud mental (conductual) que se ofrece en un servicio ambulatorio hospitalario, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural. Este tratamiento es más intensivo que la atención que se recibe en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar licenciado o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios de asistencia personal El plan cubre la asistencia personal para las actividades de la vida diaria. El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios y, posiblemente, otros servicios no enumerados aquí: • aseo • comiendo • baños • vestimenta e higiene personal • tareas de la vida diaria / asistencia con la planificación • preparar comidas • transporte o asistencia para conseguir transporte • asistencia para la deambulación y la movilidad • refuerzo de actividades de apoyo conductual o terapias especializadas; **y** • asistencia con medicamentos Estos servicios pueden gestionarse de forma autónoma si así lo desea. Esta opción le permite a usted o a su representante legalmente autorizado ser el empleador de algunos de sus proveedores de servicios y dirigir la prestación de los mismos.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios médicos/de proveedores, incluidas las visitas al consultorio del médico. Pagamos por los siguientes servicios: • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios prestados en lugares como: o consultorio médico o centro quirúrgico ambulatorio certificado o departamento de pacientes ambulatorios del hospital o cualquier otra ubicación • consulta , diagnóstico y tratamiento por un especialista • básicos de audición y equilibrio realizados por su médico de cabecera ***o*** un especialista, si su médico se lo ordena para averiguar si necesita tratamiento. • Determinados servicios de telesalud, incluidos *los servicios específicos de Medicare Parte B que el plan ha identificado como clínicamente apropiados para ofrecer a través del intercambio electrónico cuando el proveedor no se encuentra en la misma ubicación que el miembro (por ejemplo , servicios de médico de atención primaria, psiquiatría, terapeuta de salud mental). Consulte la política de cobertura médica* . **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios médicos/de proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita presencial o por telemedicina. Si elige recibir alguno de estos servicios por telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca dicho servicio . • Entre *los medios de intercambio electrónico disponibles para cada servicio de Medicare Parte B ofrecido como beneficio adicional de telesalud se incluyen llamadas telefónicas solo de audio, videoconsultas en directo (tanto cara a cara como solo de audio), comunicaciones a través de portales y monitorización remota de pacientes.* • El área de servicio incluye los condados enumerados en la Sección 1D de este manual *:* Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud, para miembros en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal (ERT) para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o hospitalario de acceso crítico, instalación de diálisis renal o en casa. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios médicos/de proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • 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 rurales y centros de salud calificados a nivel federal. • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante cinco a diez minutos **si** o usted no es un paciente nuevo **y** o El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos siete 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 siete días **y** o La evaluación no conlleva una visita al consultorio en las próximas 24 horas ni la cita disponible más próxima. **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Servicios médicos/de proveedores, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Consulta que su médico mantiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica si usted no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.	
	Servicios de podología Pagamos por los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedos en martillo o espolones calcáneos). • rutinario de los pies para miembros con afecciones que afectan las piernas, como la diabetes.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	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 profilaxis preexposición (PrEP) orales o inyectables aprobados por la FDA, incluyendo el costo de la inyección, si corresponde. • Hasta ocho 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 ocho pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B que se realiza una sola vez.	$0
	Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • un examen rectal digital • una prueba de antígeno prostático específico (PSA)	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: • Pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos. • Colosto: mis bolsas y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía. • marcapasos • tirantes • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • mamarias (incluido un sujetador quirúrgico después de una mastectomía) Suministramos algunos materiales relacionados con prótesis y ortesis. También cubrimos los gastos de reparación o reemplazo de prótesis y ortesis. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas. Consulte la sección "Cuidado de la vista" más adelante en esta tabla para obtener más detalles. Puede ser necesaria autorización previa.	$0
	Servicios de rehabilitación pulmonar Financiamos programas de rehabilitación pulmonar para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Es necesario contar con una orden médica para la rehabilitación pulmonar emitida por el médico o profesional que trata la EPOC.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	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, te cubrimos el costo de 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 las pruebas de detección anuales.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria Debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones anuales de terapia conductual intensiva presencial para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS). Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Estas sesiones de terapia, como servicio preventivo, solo se cubren si las realiza un profesional de atención primaria. Deben llevarse a cabo en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	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.** Pagamos por los siguientes servicios, y posiblemente por otros servicios no mencionados aquí: • una habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesario. • comidas, incluidas las dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que recibe como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación sanguínea. • sangre, incluyendo almacenamiento y administración ○ El plan cubre la transfusión de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos a partir de la cuarta pinta que necesite. Deberá pagar las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o bien, usted mismo o otra persona deberá donarla. ○ El plan cubrirá el costo de todas las demás partes de la sangre, comenzando con la primera pinta utilizada. • suministros médicos y quirúrgicos donados por SNF • pruebas de laboratorio realizadas por los centros de enfermería especializada • Radiografías y otros servicios de radiología prestados por centros de enfermería. • aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por residencias de ancianos	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	• servicios médicos/proveedores **Este beneficio continúa en la página siguiente.**	
	Atención en centros de enfermería especializada (continuación) Por lo general, recibirá atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) dentro de nuestra red. En ciertas condiciones, es posible que pueda recibir atención en un centro que no pertenezca a nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de nuestro plan como forma de pago: • una residencia de ancianos o comunidad de jubilación con atención continua donde vivías antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención de enfermería). • un centro de enfermería donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted abandona el hospital.	

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Abandono del tabaquismo y del consumo de tabaco El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto tanto para pacientes ambulatorios como para quienes requieren hospitalización para cumplir con estos criterios: • consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • son competentes y están alerta durante el asesoramiento. • un médico calificado u otro profesional de la salud reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos dos intentos de dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de ocho sesiones al año).	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Prestaciones suplementarias especiales para enfermos crónicos Los afiliados con afecciones crónicas que cumplan ciertos criterios pueden ser elegibles para beneficios suplementarios para enfermos crónicos. • Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (TCS) • Trastornos autoinmunes • Cáncer • Trastornos cardiovasculares • insuficiencia cardíaca crónica • Demencia • Diabetes mellitus • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Enfermedad gastrointestinal crónica • enfermedad renal crónica (ERC) • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Trastornos mentales crónicos e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Ataque • Trasplante de órganos • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo • Condiciones con dificultades funcionales • Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato. • Condiciones que requieren servicios de terapia continuos para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Terapia de ejercicio supervisado (SET) Nosotros cubrimos el costo de la prueba SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática que cuenten con una autorización previa para el tratamiento de la EAP emitida por el médico responsable del tratamiento de la EAP. Nuestro plan cubre: • hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de SET • 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un profesional de la salud lo considera médicamente necesario. El programa SET debe ser: • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la enfermedad arterial periférica en miembros con calambres en las piernas debido a una mala circulación sanguínea (claudicación). • en un entorno ambulatorio hospitalario o en el consultorio de un médico • impartido por personal cualificado que se asegura de que el beneficio supere el daño y que está capacitado en terapia de ejercicio para la enfermedad arterial periférica (EAP). • bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero practicante (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Atención médica urgentemente necesaria La atención que se necesita con urgencia es la atención que se brinda para tratar: • una situación que no es de emergencia pero que requiere atención médica inmediata, **o** • una enfermedad imprevista **o** • una lesión **o** • una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención médica urgente, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede recurrir a proveedores fuera de la red cuando no pueda acceder a un proveedor de la red porque, debido a su tiempo, lugar o circunstancias, no sea posible o no sea razonable obtener este servicio de los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios médicos inmediatos para una afección no visible, pero no se trata de una emergencia médica) . *La atención médica urgente o de emergencia no puede exceder las 24 horas y debe utilizarse dentro de los Estados Unidos y sus territorios.* Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos por STAR+PLUS.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	Cuidado de la vista Suministramos los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos el costo de una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: • personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos • estadounidenses de origen hispano Para las personas con diabetes, nosotros cubrimos el costo de una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año. Pagamos un par de gafas o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas en la que el médico inserta una lente intraocular. Si te sometes a dos cirugías de cataratas distintas, debes obtener un par de gafas después de cada una. No puedes obtener dos pares de gafas después de la segunda cirugía, aunque no hayas obtenido ninguno después de la primera.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicio cubierto		Lo que pagas
	“ **Bienvenido a Medicare”** Cubrimos la visita preventiva única de “Bienvenida a Medicare”. La visita incluye: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes de detección y vacunas), **y** • Te derivaremos a otros servicios de atención médica si los necesitas. **Nota:** Solo cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Durante los primeros 12 meses que tenga Medicare Parte B. Cuando programe su cita, dígale al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

D1. Nuestros servicios a domicilio y en la comunidad.

Además de estos servicios generales, nuestro plan también cubre servicios a domicilio y en la comunidad. Estos son servicios que puede utilizar en lugar de acudir a un centro. Para acceder a algunos de estos servicios, deberá cumplir con los requisitos del programa STAR+PLUS de Servicios a Domicilio y en la Comunidad (STAR+PLUS HCBS, también conocido como Exención STAR+PLUS). Su coordinador de servicios trabajará con usted para determinar si estos servicios son adecuados para usted y se incluirán en su Plan de Atención.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Ayudas para la adaptación y suministros médicos El plan cubre los siguientes dispositivos, controles, electrodomésticos o artículos necesarios para satisfacer sus necesidades específicas, incluidos los necesarios para el soporte vital, hasta un límite de 10.000 dólares al año. El plan puede cubrir lo siguiente si es médicamente o funcionalmente necesario, y posiblemente otros artículos/servicios no enumerados aquí: • elevadores, incluidos los elevadores de vehículos • ayudas para la movilidad • dispositivos de posicionamiento • interruptores de control/interruptores neumáticos y dispositivos • unidades de control ambiental • suministros médicamente necesarios • dispositivos de comunicación (incluidas las baterías) • equipos adaptados/modificados para las actividades de la vida diaria • sistemas de sujeción y dispositivos de seguridad Su coordinador de servicios puede ayudarle a conseguir suministros o equipos médicos.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Acogimiento familiar para adultos El plan cubre la estancia las 24 horas en un hogar de acogida si usted tiene limitaciones físicas, mentales o emocionales, o si no puede seguir funcionando de forma independiente en su propio hogar. El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios, y posiblemente otros servicios no mencionados aquí: • preparación de comidas • gestión interna • cuidado personal • tareas de enfermería • supervisión • servicios de acompañamiento • asistencia para la vida diaria • transporte	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Servicios de asistencia para la vida diaria El plan cubre la posibilidad de alojamiento las 24 horas si no puede vivir de forma independiente en su propio hogar. El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios, y posiblemente otros servicios no mencionados aquí: • Hogar de acogida/cuidado de compañía que le proporciona: o asistencia personal o tareas de la vida diaria o Supervisión de su seguridad o actividades de rehabilitación • Vivienda supervisada que le ofrece: o asistencia personal o tareas de la vida diaria o Supervisión de su seguridad o actividades de rehabilitación • Servicio de apoyo residencial que le proporciona: o asistencia personal o tareas de la vida diaria	$0
Terapia de rehabilitación cognitiva El plan cubre los servicios que te ayudan a aprender o a reaprender habilidades cognitivas. Estas habilidades pueden haberse perdido o alterado como resultado de daños en las células cerebrales o en la química cerebral. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Servicios de habilitación diurna • Estos servicios le ayudan a obtener, conservar o mejorar las habilidades necesarias para vivir con éxito en casa o en entornos comunitarios. • Promueven la independencia, la libertad de elección y el logro de los resultados identificados en su plan de servicios. Puede ser necesaria autorización previa.	$0
Servicios dentales El plan cubre los siguientes servicios para ayudar a preservar sus dientes y cubrir sus necesidades médicas, hasta un máximo de $5,000 al año. Si se requieren los servicios de un cirujano oral, puede obtener $5,000 adicionales al año. El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios, y posiblemente otros servicios no mencionados aquí: • tratamiento dental de urgencia • tratamiento dental preventivo • Tratamientos dentales terapéuticos (restauración, mantenimiento, etc.) • tratamiento dental de ortodoncia Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
servicios de respuesta a emergencias El plan cubre los servicios de respuesta a emergencias mediante un sistema de monitoreo electrónico disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En caso de emergencia, puede pulsar un botón de llamada para pedir ayuda. Puede ser necesaria autorización previa.	$0
Asistencia para el empleo El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios, y posiblemente otros servicios no mencionados aquí: • identificar sus preferencias laborales, habilidades para el trabajo y requisitos para un entorno y condiciones de trabajo. • Localizar posibles empleadores que ofrezcan empleo compatible con sus preferencias, habilidades y requisitos identificados. • contactar a un posible empleador en su nombre y negociar su empleo. • transporte • participar en las reuniones del equipo de planificación de servicios Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Servicios para tareas de la vida diaria funcional Estos servicios te ayudan con: • planificar y preparar comidas • transporte, o ayuda para conseguir transporte • asistencia para la deambulación y la movilidad • Refuerzo de las actividades de apoyo conductual o terapias especializadas • asistencia con medicamentos Puede ser necesaria autorización previa.	$0
Comidas a domicilio El plan incluye comidas calientes y nutritivas servidas en su domicilio. Las comidas se limitan a una o dos por día. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Pequeñas modificaciones en el hogar El plan cubre pequeñas modificaciones en el hogar para garantizar su salud, bienestar y seguridad, y para que pueda desenvolverse con mayor independencia en su vivienda. El plan cubrirá hasta $7,500 a lo largo de su vida y también hasta $300 anuales para reparaciones. El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios, y posiblemente otros servicios no mencionados aquí: • Instalación de rampas y barras de apoyo • ensanchamiento de puertas • modificaciones de las instalaciones de cocina y baño, **y** • otras adaptaciones de accesibilidad especializadas Puede ser necesaria autorización previa.	$0
Servicios de enfermería El plan cubre el tratamiento y el seguimiento de sus afecciones médicas, especialmente si padece enfermedades crónicas que requieren tareas de enfermería específicas. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Terapia ocupacional El plan cubre la terapia ocupacional, que incluye la evaluación y el tratamiento por parte de un terapeuta ocupacional titulado. El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios, y posiblemente otros servicios no mencionados aquí: • detección y evaluación • desarrollo de planes de tratamiento terapéutico • intervención terapéutica directa • asistencia y capacitación con ayudas adaptativas y dispositivos de comunicación aumentativa • consultar y capacitar a otros proveedores de servicios y miembros de la familia. • participar en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Servicios de asistencia personal El plan cubre la asistencia personal para las actividades de la vida diaria. El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios y, posiblemente, otros servicios no enumerados aquí: • aseo • comiendo • baños • vestimenta e higiene personal • tareas de la vida diaria / asistencia con la planificación • preparar comidas • transporte o asistencia para conseguir transporte • asistencia para la deambulación y la movilidad • refuerzo de actividades de apoyo conductual o terapias especializadas; **y** • asistencia con medicamentos Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Fisioterapia El plan cubre la fisioterapia, las evaluaciones y los tratamientos realizados por un fisioterapeuta titulado. El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios, y posiblemente otros servicios no mencionados aquí: • detección y evaluación • desarrollo de planes de tratamiento terapéutico • intervención terapéutica directa • asistencia y capacitación en el uso de ayudas adaptativas/dispositivos de comunicación aumentativa • consultar y capacitar a otros proveedores de servicios y miembros de la familia. • participar en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Cuidados de relevo El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios, hasta un máximo de 30 visitas al año, y posiblemente otros servicios no mencionados aquí: • asistencia personal • actividades de rehabilitación • actividades comunitarias • actividades de ocio • Supervisión de su seguridad • desarrollo de comportamientos socialmente valorados • desarrollo de habilidades para la vida diaria El cuidado de relevo se brinda para garantizar su comodidad, salud y seguridad. Puede proporcionarse en los siguientes lugares: su hogar o lugar de residencia; un hogar de acogida para adultos; un centro de enfermería certificado por Medicaid de Texas; y una residencia para personas mayores con asistencia. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Terapia del habla, la audición y el lenguaje El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios, y posiblemente otros servicios no mencionados aquí: • detección y evaluación • desarrollo de planes de tratamiento terapéutico • intervención terapéutica directa • asistencia/formación con ayudas adaptativas y dispositivos de comunicación aumentativa • consultar y capacitar a otros proveedores de servicios y miembros de la familia. • participar en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Consulta de apoyo El plan incluye una consulta de soporte opcional proporcionada por un asesor de soporte certificado elegido por el cliente. Este asesor le ayudará a conocer y desempeñar sus responsabilidades como empleador. El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios, y posiblemente otros servicios no mencionados aquí: • reclutamiento, selección y contratación de trabajadores • preparación de descripciones de puestos de trabajo • verificar la elegibilidad y las cualificaciones para el empleo, y otros documentos necesarios para emplear a una persona. • gestión de trabajadores • otras habilidades profesionales según sea necesario Puede ser necesaria autorización previa.	$0
Empleo con apoyo El plan cubre el empleo con apoyo, que se le proporciona en su lugar de trabajo si: • Necesitas servicios de apoyo para mantener tu empleo debido a una discapacidad; • Se le paga el salario mínimo (o más) por el trabajo realizado; **y** • Tu lugar de trabajo es competitivo e integrado. El plan también cubre el transporte desde y hacia su lugar de trabajo, así como la supervisión y la formación que se le proporcionarán más allá de lo que un empleador normalmente ofrecería. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que pagas
Servicios de asistencia transitoria El plan cubre una transición de una residencia de ancianos a un hogar en la comunidad, hasta un límite de 2.500 dólares. El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios, y posiblemente otros servicios no mencionados aquí: • pago de depósitos de seguridad requeridos para alquilar un apartamento o casa • tarifas de instalación o depósitos para establecer los servicios públicos para el hogar, incluidos teléfono, electricidad, gas y agua. • Compra de muebles esenciales para el apartamento o la casa, incluyendo mesa, sillas, persianas, utensilios para comer, artículos para preparar alimentos y toallas. • pago de los gastos de mudanza necesarios para mudarse u ocupar la casa o apartamento; **y** • Pago por servicios destinados a garantizar su salud en el apartamento o la casa, como la erradicación de plagas, el control de alérgenos o una limpieza única antes de la ocupación. Puede ser necesaria autorización previa.	$0

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

Si se determina que una persona es médicamente frágil, Medicaid de pago por servicio puede hacerse cargo del pago de ciertos servicios. Asimismo, los miembros incluidos en la exención HCS trabajarán con su Autoridad Local de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (IDD) para ciertos servicios y pagos. La exención TxHmL proporciona beneficios y servicios adicionales a los miembros diagnosticados con IDD que viven en su hogar o con su familia.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare, Medicaid (pago por servicio) u otros proveedores. Comuníquese con su coordinador de servicios para obtener más información.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare, STAR+PLUS o Medicaid de pago por servicio.

Esta sección le informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. "Excluidos" significa que no cubrimos estos beneficios. Medicare, STAR+PLUS y Medicaid de pago por servicio tampoco los cubren.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por nosotros bajo ninguna circunstancia, y otros que solo están excluidos por nosotros en algunos casos.

No cubrimos los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del Miembro*), excepto bajo las condiciones específicas que se indican. Incluso si recibe los servicios en un centro de emergencias, el plan no los cubrirá. Si cree que nuestro plan debería cubrir un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* .

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, según Medicare y STAR+PLUS. estándares, a menos que los enumeremos como servicios cubiertos
- Tratamientos, artículos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan los cubran. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo cubra

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesario
- enfermeras privadas
- artículos personales en su habitación de un hospital o residencia de ancianos, como un teléfono o un televisor.
- Atención de enfermería a tiempo completo en su domicilio.
- Tarifas cobradas por sus familiares directos o miembros de su hogar.
- Comidas entregadas a domicilio (las comidas entregadas a domicilio son un servicio cubierto si está inscrito en el programa STAR+PLUS de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)). Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluida la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual, el rendimiento atlético, fines cosméticos, antienvejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario.
- cirugía estética u otro trabajo estético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno para que coincida con él.
- Atención quiropráctica, distinta de la manipulación manual de la columna vertebral de acuerdo con las directrices de cobertura.
- cuidado rutinario de los pies, excepto según se describe en los servicios de podología en la tabla de beneficios de **la sección D.**
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de una férula para la pierna y estén incluidos en el costo de la férula, o que los zapatos sean para una persona con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético. Las plantillas pueden estar disponibles como beneficio adicional a través de su plan STAR+PLUS.
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos)
- Servicios prestados a veteranos en instalaciones del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las normas para obtener sus medicamentos ambulatorios. Se trata de medicamentos que su médico le receta y que usted recibe por correo de una farmacia . Incluyen medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y STAR+PLUS. **El capítulo 6** de este *Manual del Miembro* le indica el costo de estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro* .

También abordamos los siguientes fármacos, aunque no se tratan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte A.** Estos generalmente incluyen los medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones administradas durante una consulta médica y medicamentos administrados en una clínica de diálisis . Para obtener más información sobre los medicamentos cubiertos por Medicare Parte B, consulte la Tabla de Beneficios en **el Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* .

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y los beneficios médicos del plan, sus medicamentos podrían estar cubiertos por Medicare Original si se encuentra en un programa de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** , **Sección F3,** «En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare».

Normas para la cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan

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).

Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando siga las reglas de esta sección.

Debes obtener una receta médica (médico, dentista u otro profesional sanitario) que sea válida según la legislación vigente de Texas. Esta persona suele ser tu médico de cabecera. También podría ser otro profesional si tu médico de cabecera te ha derivado para recibir atención médica.

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 (consulte la **Sección A1** para obtener más información). También puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

la Lista de Medicamentos Cubiertos de nuestro plan . La llamamos simplemente " *Lista de Medicamentos ". (Consulte la* **Sección B** de este capítulo).

- Si no figura en la *lista de medicamentos* , es posible que podamos cubrirlo concediéndole una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que su uso está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Su médico puede ayudarle a encontrar referencias médicas que justifiquen el uso solicitado del medicamento recetado.



Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Tabla de contenido

A. Obtener sus ..... recetas 132

A 1. Surtir su receta en una farmacia de la red 132

A 2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta 132

A 3. Qué hacer si cambia de farmacia de red 132

A 4. Qué hacer si su farmacia deja de formar parte de la red 133

A 5. Utilizar una farmacia especializada 133

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

A 6. Utilizar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos 133

A 7. Obtener un suministro de drogas a largo plazo 134

A 8. Utilizar una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan 135

A 9. Reembolso de una receta 13 5

B. *Lista de medicamentos* .....de
..... nuestro plan 135

B 1. Medicamentos en nuestra *lista de medicamentos* 136

B 2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* 136

B 3. Medicamentos no incluidos en nuestra *lista de medicamentos* 137

B 4. Niveles de copago ..... *de la lista de medicamentos* 138

C. Límites a algunos medicamentos 138
.....

D. Razones por las .....que su medicamento podría no estar cubierto
.....1710

D 1. Obtención de un suministro temporal 141

D 2. Solicitar un suministro temporal 142

D 3. Solicitar una excepción 142

E. Cambios en la cobertura de .....sus medicamentos
.....142

F. Cobertura de .....medicamentos en casos especiales
.....146

F 1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia que nuestro plan cubre 146

F 2. En un centro de cuidados a largo plazo 147

F 3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare 147

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

G. Programas sobre seguridad de .....los medicamentos y gestión de los mismos 14 8

G 1. Programas para ayudarle a usar las drogas de forma segura 148

G 2. Programas para ayudarle a controlar sus medicamentos 148

G 3. Programa de gestión de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura los medicamentos opioides 149

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

A. Cómo surtir sus recetas

A1. Surtir su receta en una farmacia de la red.

solo cubrimos las recetas cuando se surten en alguna de nuestras farmacias asociadas. Una farmacia asociada es aquella que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede usar cualquiera de nuestras farmacias asociadas. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte al *Proveedor y Directorio de farmacias* , visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY llamen al 711) o con su coordinador de servicio al 1-888-435-5150 (usuarios de TTY llamen al 711).

A2. Uso de su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta.

Para surtir su receta, **muestre su tarjeta de identificación de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento cubierto. Es posible que deba pagar a la farmacia. un copago al recoger su receta.

Si no lleva consigo su tarjeta de identificación de miembro cuando vaya a surtir su receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria , o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en su plan .

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta al recogerla. Luego, puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Atención al Cliente de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudarle.

- Para solicitar un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* .
- Si necesita ayuda para que le surtan una receta, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente o con su coordinador de servicios.

A3. Qué hacer si cambia de farmacia de red

Si cambia de farmacia y necesita renovar su receta, puede solicitar que un médico le extienda una nueva receta *o* pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si aún quedan recargas disponibles.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia dentro de la red, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente o con su coordinador de servicio.

A4. Qué hacer si su farmacia deja de estar en la red.

Si la farmacia que utiliza deja de pertenecer a la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red.

Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte al *Proveedor y* Para consultar *el directorio de farmacias* , visite nuestro sitio web o póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente o con su coordinador de servicios.

A5. Utilizar una farmacia especializada.

En ocasiones, las 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 los residentes de un centro de cuidados a largo plazo, como por ejemplo una residencia de ancianos.

Por lo general, los centros de atención a largo plazo cuentan con sus propias farmacias. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.

Si la farmacia de su centro de atención a largo plazo no está en nuestra red o si tiene dificultades para obtener sus medicamentos en dicho centro, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

- Farmacias que prestan servicio al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Tribal/Indígena Urbano. Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren manejo especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Este escenario debería ocurrir rara vez). Para encontrar una farmacia especializada, consulte la sección de *Proveedores y* Para consultar *el directorio de farmacias* , visite nuestro sitio web o póngase en

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

contacto con el Servicio de Atención al Cliente o con su coordinador de servicios.

A6. Utilizar servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de nuestra red de proveedores. Generalmente, los medicamentos disponibles por correo son aquellos que se toman de forma regular para una afección médica crónica o de larga duración.

Nuestro servicio de pedidos por correo le permite solicitar un suministro de al menos 90 días del medicamento en la mayoría de los niveles **y hasta 100 días en los medicamentos del Nivel 6.** El copago para un suministro *de 30 días* es el mismo que para un suministro mensual.

Recoger recetas por correo

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, una receta médica enviada por correo llega en un plazo de 14 días. Si su pedido se retrasa, póngase en contacto con nuestro Servicio de Atención al Cliente para obtener ayuda.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las recetas nuevas que recibe de usted, las recetas nuevas que recibe directamente del consultorio de su médico y las renovaciones de sus recetas enviadas por correo.

1. **Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted**

La farmacia surte y entrega automáticamente las nuevas recetas que recibe de usted.

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

Una vez que la farmacia recibe la receta de un profesional de la salud, se pone en contacto con usted para averiguar si desea que le surtan el medicamento de inmediato o en un momento posterior.

- Esto le brinda la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le esté entregando el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

presentación) y, si es necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe.

- Responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted, para informarles sobre qué hacer con la nueva receta y evitar retrasos en el envío.

2. Renovación de recetas enviadas por correo

Para solicitar resurtidos, comuníquese con su farmacia no más de 15 días antes de que se le acabe su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

A7. Obtener un suministro de drogas a largo plazo

Puedes obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento 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.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro para 30 días tiene el mismo copago que un suministro para un mes. El *proveedor y El directorio de farmacias* le indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su coordinador de servicios o al departamento de Atención al Cliente para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de entrega a domicilio de nuestra red de planes para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener más información sobre los servicios de entrega a domicilio.

A8. Utilizar una farmacia que no esté en la red de nuestro plan.

Por lo general, solo cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red cuando no puede usar una farmacia de la red. En estos casos, consulte primero con su coordinador de servicio o con Servicios para Miembros para averiguar si hay una farmacia de la red cerca .

Cubrimos el costo de las recetas surtidas en farmacias fuera de nuestra red en los siguientes casos:

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- 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.

A9. Reembolsarle el costo de una receta médica.

Si necesita utilizar una farmacia que no pertenece a la red, generalmente deberá pagar el costo total del copago. Cuando reciba su receta, puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Para obtener más información al respecto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros* .

B. *Lista de medicamentos* de nuestro plan

Tenemos una *lista de medicamentos cubiertos.* La llamamos " *Lista de Medicamentos* " para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* también le indica las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento que se encuentra en *la Lista de Medicamentos de nuestro plan* cuando usted sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

B1. Medicamentos incluidos en nuestra *lista de medicamentos.*

Nuestra *lista de medicamentos* incluye fármacos cubiertos por Medicare Parte D y algunos medicamentos y productos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos por STAR+PLUS.

Algunos medicamentos pueden estar cubiertos para ciertas afecciones médicas, pero no para otras. Estos medicamentos se identificarán en nuestra *Lista de Medicamentos* y en Medicare.gov, junto con la afección específica que cubren.

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

Un medicamento de marca es aquel que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos convencionales. En nuestra *lista de medicamentos* , cuando nos referimos a "medicamentos", podemos hablar tanto de un medicamento como de un producto biológico.

Los medicamentos genéricos contienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que los de marca o los productos biológicos originales 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.*

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos con receta y son igual de efectivos. Para obtener más información, comuníquese con su coordinador de servicio o con el Departamento de Atención al Cliente.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*

Para saber si un medicamento que usted toma está en nuestra *Lista de Medicamentos* , puede:

- Visite el sitio web de nuestro plan en www.communityhealthchoice.org/medicare. La *lista de medicamentos* en nuestro sitio web siempre está actualizada.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Llame a su coordinador de servicio o al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento figura en nuestra *Lista de Medicamentos* o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice nuestra herramienta de información sobre beneficios en tiempo real (www.communityhealthchoice.org/medicare) para buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos* y obtener una estimación de su costo, así como para saber si existen medicamentos alternativos en la *Lista* que puedan tratar la misma afección. También puede comunicarse con su coordinador de servicios o con el Departamento de Servicios para Miembros.

B3. Medicamentos que no figuran en nuestra *lista de medicamentos.*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no figuran en nuestra *lista de medicamentos* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos* .
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figure en nuestra *lista de medicamentos.* Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9.**

Nuestro plan no cubre los medicamentos descritos en esta sección. Estos se denominan **medicamentos excluidos** . Si recibe una receta para un medicamento excluido, es posible que deba pagarlo usted mismo. Si considera que deberíamos cubrir un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de Medicare Parte D y STAR+PLUS) no cubre medicamentos que ya estén cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B. Nuestro plan cubre gratuitamente los medicamentos cubiertos por Medicare Parte A o Medicare Parte B, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos ambulatorios.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

2. Nuestro plan no cubre medicamentos adquiridos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por referencias médicas específicas como tratamiento para su afección. Su médico u otro profesional de la salud puede recetarle un medicamento para tratar su afección, aunque no esté aprobado para ese fin. Esto se conoce como "uso fuera de indicación". Nuestro plan generalmente no cubre los medicamentos recetados para usos fuera de indicación.

Ofrecemos cobertura para los siguientes medicamentos o clases de medicamentos que de otro modo estarían restringidos a través de Medicaid, que opta por brindar cobertura a todos los beneficiarios de Medicaid, incluidos los beneficiarios con doble elegibilidad y beneficios completos en este plan.

- agentes selectivos cuando se utilizan para la anorexia, la pérdida de peso y el aumento de peso.
- agentes selectivos cuando se utilizan para el alivio sintomático de la tos y los resfriados.
- Vitaminas y productos minerales selectivos con receta médica, excepto vitaminas prenatales y fluoruro.
- medicamentos selectivos sin receta

Estos medicamentos están cubiertos según se describe en el sitio web del estado en www.txvendordrug.com .

4. Niveles de copago *de la lista de medicamentos*

Cada medicamento de nuestra *lista* pertenece a uno de los 6 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, de marca, genéricos o de venta libre). En general, cuanto mayor sea el 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 - 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.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Para saber en qué nivel de copago se encuentra su medicamento, búsquelo en nuestra *Lista de Medicamentos* .

El capítulo 6 de este *Manual del Miembro* indica el importe que se paga por los medicamentos en cada nivel .

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, existen normas especiales que limitan cómo y cuándo los cubre nuestro plan. En general, nuestras normas le animan a obtener un medicamento que sea eficaz y seguro para su afección médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien que uno de mayor costo, esperamos que su médico le recete el medicamento 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 a las distintas versiones (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una al día frente a dos al día; comprimido frente a solución oral).

Si existe una norma especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su médico deben tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Por ejemplo, su médico podría tener que informarnos sobre su diagnóstico o proporcionarnos los resultados de análisis de sangre. Si usted o su médico consideran que nuestra norma no debería aplicarse a su caso, solicítenos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podríamos o no aceptar que utilice el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* .

Limitar el uso de un medicamento de marca o de productos biológicos originales cuando, respectivamente, esté disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable.

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable funciona igual que un medicamento de marca o un producto biológico original y suele ser más económico. En la mayoría de los casos, si existe una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original , nuestras farmacias asociadas le proporcionarán dicha versión.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o el producto biológico original cuando existe una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos indicó el motivo médico por el cual el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no le funcionará **, o** escribió "Sin sustituciones" en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original, *o* nos indicó el motivo médico por el cual el medicamento genérico , el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no le funcionarán, entonces cubrimos el medicamento de marca.
- Es posible que su copago sea mayor para el medicamento de marca o el producto biológico original que para el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable .

1. Obtener la aprobación del plan con anticipación

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se denomina autorización previa (AP). Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos fármacos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página o visite nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/medicare para obtener más información sobre la autorización previa.

2. Probar primero con otro medicamento

En general, queremos que pruebe medicamentos de menor costo que sean igual de efectivos antes de cubrir medicamentos más caros. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que le pidamos que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A no le funciona, cubrimos el medicamento B. Esto se conoce como terapia escalonada . Llame a su coordinador de servicios o al Departamento de

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página o visite nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/medicare para obtener más información sobre la terapia escalonada.

3. **Límites de cantidad**

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que puede tomar. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día de un determinado medicamento, podríamos limitar la cantidad de medicamento que puedes obtener cada vez que sueltes tu receta.

Para saber si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de Medicamentos* . Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en <URL>. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros.*

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces un medicamento puede no estar cubierto de la manera que usted desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. Es posible que el medicamento no figure en nuestra *lista de medicamentos* . Podríamos cubrir una versión genérica, pero no la versión de marca que usted desea tomar. Un medicamento podría ser nuevo y aún no hemos evaluado su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas o limitaciones especiales en la cobertura. Como se explica en la sección anterior, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o su médico pueden solicitarnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero dentro de un esquema de copago que hace que el costo sea más elevado de lo que usted cree que debería ser.

Hay cosas que puedes hacer si no cubrimos un medicamento de la manera que tú quieres que lo hagamos.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no figura en nuestra *lista de medicamentos* o tiene alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su médico sobre la posibilidad de obtener otro medicamento o para solicitar que lo cubramos.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que has estado tomando:

- Ya no está en nuestra *lista de medicamentos.* **o**
- Nunca estuvo en nuestra *lista de medicamentos.* **o**
- Ahora está limitado de alguna manera.

2. Debes encontrarte en una de estas situaciones:

- Estuviste en nuestros planes el año pasado.
    - Cubrimos el suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
    - Este suministro temporal tiene una duración máxima de 30 días.
    - Si su receta es para menos días, le permitimos varias recargas para que tenga medicamento para un máximo de 30 días. Debe surtir la receta en una farmacia de nuestra red.
    - Las farmacias de residencias de ancianos pueden suministrarle su medicamento en pequeñas cantidades para evitar el desperdicio.
- Eres nuevo en nuestro plan.
    - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros *90* días de su afiliación a nuestro plan.
    - Este suministro temporal tiene una duración máxima de 30 días.
    - Si su receta es para menos días, le permitimos varias recargas para que tenga medicamento para un máximo de 30 días. Debe surtir la receta en una farmacia de nuestra red.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Las farmacias de residencias de ancianos pueden suministrarle su medicamento en pequeñas cantidades para evitar el desperdicio.

- Usted ha estado inscrito en nuestro plan durante más de *90* días, reside en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.

Cubrimos un suministro *para 31* días, o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.

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.

D2. Solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame al Servicio de Atención al Cliente.

Cuando recibas un suministro temporal de un medicamento, habla con tu proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se te acabe el suministro. Estas son tus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

  Nuestro plan podría cubrir otro medicamento que le funcione. Llame a Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos para tratar la misma afección. Esta lista puede ayudar a su médico a encontrar un medicamento cubierto que le sea adecuado.

  O

- Solicita una excepción.

  Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o que lo cubramos sin límites. Si su proveedor

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

dice que tiene una buena razón médica para una excepción, puede ayudarte a pedir uno.

D3. Solicitar una excepción

Si algún medicamento que usted toma va a ser retirado de nuestra *lista de medicamentos* o su uso se limitará de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Si lo desea, podemos hacer una excepción y cubrir el medicamento para el próximo año según sus preferencias.
- Responderemos a su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos su solicitud (o la declaración justificativa de su médico prescriptor).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros* .

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente o con su coordinador de servicio.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen el 1 de enero, pero podemos añadir o eliminar medicamentos de nuestra *lista* durante el año. También podemos modificar nuestras normas sobre medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decida si requiere o no autorización previa (AP) para un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento).
- Añade o cambia la cantidad de medicamento que puedes obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de la terapia escalonada en un medicamento (debe probar un medicamento antes de que podamos cubrir otro).

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- 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.* Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la **Sección** C.

Si usted toma un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año,** a menos que:

- un medicamento nuevo y más barato sale al mercado que funciona tan bien como un medicamento que ya está en nuestra *lista de medicamentos* , **o**
- aprendemos que un medicamento no es seguro, **o**
- Un medicamento es retirado del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que estás tomando?

Para obtener más información sobre qué sucede cuando cambia nuestra *Lista de Medicamentos* , siempre puede:

- Consulte nuestra *lista de medicamentos actual* en línea en <URL> **o**
- Llame al servicio de atención al cliente al número que aparece al final de la página para consultar nuestra *lista de medicamentos actualizada* .

Cambios que podamos realizar en la *lista de medicamentos* que le afecten durante el año del plan actual.

Algunos cambios en la *lista de medicamentos* entrarán en vigor de inmediato . Por ejemplo:

- Un nuevo medicamento genérico ya está disponible. En ocasiones, aparece en el mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original que figura actualmente en la *Lista de Medicamentos* . Cuando esto sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y añadir el nuevo medicamento genérico, pero el precio del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo. o será menor.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Cuando añadimos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero modificar sus normas o límites de cobertura.

- Es posible que no le avisemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hayamos realizado una vez que se produzca.

Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos a seguir para solicitarla. Consulte el **Capítulo 9** de este manual.

Los planes que no vayan a realizar sustituciones inmediatas de nuevos medicamentos genéricos deberán incluir lo siguiente :

Algunos cambios en la *lista de medicamentos* pueden incluir:

- Un nuevo medicamento genérico o biosimilar intercambiable está disponible. En ocasiones, un nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico sale al mercado con una eficacia similar a la de un medicamento de marca o un producto biológico original que figura actualmente en la *Lista de Medicamentos* . En esos casos, podríamos retirar el medicamento de marca o el producto biológico original y añadir el nuevo medicamento genérico o la versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico, pero el precio del nuevo medicamento o biosimilar intercambiable se mantendrá igual o disminuirá.

Cuando añadimos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero modificar sus normas o límites de cobertura.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- Le avisaremos con al menos 30 días de antelación antes de realizar el cambio en la *lista de medicamentos.* o
- Le informaremos y le proporcionaremos un suministro para 30 días del medicamento de marca o del producto biológico original después de que solicite una recarga.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que le recete el medicamento. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- Si debe cambiar al genérico o biosimilar intercambiable o si hay un medicamento similar en la *Lista de Medicamentos* que puede tomar en su lugar o
- Si conviene solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** .

Eliminación de medicamentos peligrosos y otros medicamentos retirados del mercado. En ocasiones, un medicamento puede considerarse peligroso o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos eliminarlo inmediatamente de nuestra *lista de medicamentos* . Si usted está tomando dicho medicamento, le enviaremos una notificación después de realizar el cambio.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le informaremos con antelación sobre estos cambios en nuestra *Lista de Medicamentos* . Estos cambios podrían producirse si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o existen nuevas guías clínicas sobre un medicamento.

Cuando se producen estos cambios, nosotros:

- Le avisaremos con al menos 30 días de antelación antes de realizar el cambio en nuestra *Lista de Medicamentos* **o**
- Te avisaremos y te daremos un suministro de 30 días del medicamento después de que solicites una recarga.

Esto te da tiempo para hablar con tu médico u otro profesional que te recete el medicamento. Ellos pueden ayudarte a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar **o**
- Si necesita solicitar una excepción a estos cambios para continuar con la cobertura del medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando , consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* .

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Cambios en la *lista de medicamentos* que no le afectan durante este año del plan.

Es posible que modifiquemos los medicamentos que tomas que no se describen anteriormente y que no te afectan actualmente. En estos casos, si tomas un medicamento que cubrimos al **principio** del año, generalmente no eliminamos ni modificamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** .

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que usted está tomando, aumentamos lo que paga por el medicamento o limitamos su uso, entonces el cambio no afecta su uso del medicamento. o lo que pagas por el medicamento durante el resto del año.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que esté tomando (excepto los cambios mencionados en la sección anterior), el cambio no afectará a su uso hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el presente año. 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 que le afecte durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia que nuestro plan cubra

Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estadía. No tendrá que pagar ningún copago. Una vez que reciba el alta del hospital o centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual para Miembros* .

F2. En un centro de cuidados a largo plazo.

Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo, como una residencia de ancianos, cuenta con su propia farmacia o con una farmacia que abastece de medicamentos a todos sus residentes. Si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo, puede obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro si esta forma parte de nuestra red.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para saber si la farmacia de su centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.

F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare.

Los medicamentos nunca están cubiertos simultáneamente por el servicio de cuidados paliativos y nuestro plan.

- Es posible que usted esté inscrito en un programa de cuidados paliativos de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, antieméticos, laxantes o ansiolíticos) que su programa no cubre porque no están relacionados con su pronóstico ni sus condiciones terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que le recetó el medicamento o de su proveedor de cuidados paliativos indicando que el medicamento no está relacionado con su enfermedad antes de que podamos cubrirlo.

- Para evitar retrasos en la obtención de medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o al médico que le recetó el medicamento que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de que le pida a una farmacia que surta su receta.

Si deja de recibir cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice su cobertura de Medicare para cuidados paliativos, lleve consigo la documentación que acredite que ha dejado de recibirlos.

Consulte las secciones anteriores de este capítulo que describen los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4.** de este *Manual del Miembro* Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

G. Programas sobre seguridad de los medicamentos y gestión de los mismos.

G1. Programas para ayudarte a usar drogas de forma segura.

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores de medicación o medicamentos que:

- Puede que no sea necesario porque usted toma otro medicamento similar que hace lo mismo.
- Puede que no sea seguro para tu edad o género.
- Podrían perjudicarte si los tomas al mismo tiempo.
- contienen ingredientes a los que usted es o puede ser alérgico.
- puede haber un error en la cantidad (dosis)
- tienen cantidades peligrosas de analgésicos opioides

Si detectamos algún posible problema en su consumo de medicamentos, colaboraremos con su médico para corregirlo.

G2. Programas para ayudarle a controlar sus medicamentos.

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En estos casos, usted podría ser elegible para recibir servicios, sin costo alguno, a través de un programa de gestión de la terapia farmacológica (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Le ayuda a usted y a su médico a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión completa de todos sus medicamentos y conversará con usted sobre:

- Cómo obtener el máximo beneficio de los medicamentos que toma
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones adversas a los mismos.
- Cómo tomar mejor sus medicamentos

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- cualquier pregunta o problema que tenga sobre su receta y medicamentos de venta libre

Entonces, te darán:

- Un resumen escrito de esta conversación. El resumen incluye un plan de acción para la medicación que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluya todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma, cuándo y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es recomendable hablar con el médico que le recetó los medicamentos sobre su plan de acción y la lista de medicamentos que toma.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su cita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud.
- Lleva contigo la lista de tus medicamentos si vas al hospital o a urgencias.

MTM Los programas son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplan con los requisitos. Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, avísenos y lo daremos de baja.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente o con su coordinador de servicios.

G3. 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 suelen ser objeto de abuso. Este programa se denomina Programa de Gestión de Drogas (PGD).

Si usted usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis de opioides recientemente, podríamos hablar con su médico para asegurarnos de que su uso de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. En colaboración con su médico, si determinamos que su uso de opioides o benzodiazepinas

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

recetadas podría no ser seguro, podríamos limitar la forma en que puede obtenerlos. Si lo incluimos en nuestro programa de manejo de medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés), las limitaciones podrían incluir:

- Exigirle que obtenga todas las 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. En la carta le informaremos si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas únicamente de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrás la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefieres y cualquier otra información que consideres importante que sepamos . Una vez que hayas tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar tu cobertura para estos medicamentos, te enviaremos otra carta confirmando las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o no está de acuerdo con la limitación, usted y su médico pueden presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando alguna parte de su apelación relacionada con las limitaciones que afectan su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (ORI). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la ORI, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*).

Es posible que el Plan de Gestión de Datos (DMP) no se aplique a usted si:

- tener ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- están recibiendo cuidados paliativos, de hospicio o al final de la vida, **o**
- vivir en un centro de cuidados a largo plazo.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

medicamentos de Medicare y STAR+PLUS

Introducción

Este capítulo explica cuánto pagas por tus medicamentos ambulatorios. Por “medicamentos” nos referimos a:

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- medicamentos de la Parte D de Medicare **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Como usted es elegible para STAR+PLUS, recibe Ayuda Adicional de Medicare para cubrir el costo de sus medicamentos de la Parte D. Le enviamos un folleto informativo aparte, llamado "Comprobante de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para el Pago de Medicamentos Recetados" (también conocido como "Comprobante de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos" o "Comprobante LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros y solicite el "Comprobante LIS".

Ayuda Adicional de Medicare ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. Ayuda Adicional también se conoce como Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual para Miembros* .

Para obtener más información sobre las drogas, puede consultar estos lugares:

- Nuestra *lista de medicamentos cubiertos* .

A esto lo llamamos la *Lista de Medicamentos* . Te dice lo siguiente:

  - qué medicamentos pagamos
  - ¿En cuál de los 6 niveles se encuentra cada medicamento?
  - si existen límites en las drogas

Si necesita una copia de nuestra *Lista de Medicamentos* , llame al Servicio de Atención al Cliente. También puede encontrar la versión más reciente de nuestra *Lista de Medicamentos* en nuestro sitio web en <URL>.

- **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* .

Explica cómo obtener sus medicamentos ambulatorios a través de nuestro plan.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Incluye las normas que debes seguir. También indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.

Cuando utilice la herramienta de consulta de beneficios en tiempo real del plan para verificar la cobertura de medicamentos (consulte **el Capítulo 5, Sección B2**), el costo que se muestra es una estimación de los gastos que deberá pagar de su bolsillo. Puede comunicarse con su coordinador de servicios o con el Departamento de Atención al Cliente para obtener más información.

- Nuestro *directorio de proveedores y farmacias* .

En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son aquellas que aceptan trabajar con nosotros.

El *Directorio de Proveedores y Farmacias* incluye las farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Tabla de contenido

A. Explicación *de Beneficios* (EOB) 15 188

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos 15 189

B1. ¿Qué ocurre si encuentras errores en este resumen? 15 190

B2. ¿Qué ocurre con un posible fraude? 15 190

C. Etapas de pago de medicamentos para los medicamentos de la Parte D de Medicare 15 191

C1. Nuestro plan tiene 6 niveles de participación en los costos 15 192

C2. Sus opciones de farmacia 157

C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 15 193

C4. Lo que pagas 15 193

D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial 162

D1. Sus opciones de farmacia 162

D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento 163

D3. Lo que pagas 163

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial 165

E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica 166

F. Costo de su medicamento si su médico le receta menos de un suministro para un mes completo 166

G. ..... Lo que pagas por las vacunas de la Parte D 167

G1. Lo que necesitas saber antes de vacunarte 167

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare Parte D 167

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

A. Explicación *de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza al obtener recetas en la farmacia. Hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Sus **gastos de bolsillo** . Esta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus medicamentos recetados. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, 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 sus medicamentos . Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Cuando usted recibe medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado *Explicación de Beneficios* (EOB, por sus siglas en inglés). La EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con menor costo compartido que puedan estar disponibles. Puede hablar con su médico sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye:

- **Información del mes** . El resumen detalla los medicamentos que recibió el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagamos nosotros y lo que usted y otras personas pagaron por usted.
- **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 del medicamento** . Este es el precio total del medicamento y las variaciones en su precio desde la primera dispensación para cada receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo** . Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles con un menor costo compartido por cada receta.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Ofrecemos cobertura para medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se contabilizan dentro de sus gastos totales de bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos de venta libre. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de Medicamentos* . Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta y de venta libre están cubiertos por STAR+PLUS. Estos medicamentos se incluyen en la *Lista de Medicamentos* .

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, utilizamos la información que recibimos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos:

1. **Utilice su tarjeta de identificación de miembro .**

   Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y cuánto paga.

2. **Asegurarnos de que tenemos la información que necesitamos .**

   Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted pagó. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo del medicamento.

   Aquí tienes ejemplos de cuándo debes darnos copias de tus recibos:

   - 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 que obtiene a través del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
   - Cuando compras medicamentos cubiertos por tu seguro en una farmacia que no pertenece a la red de tu seguro.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Cuando usted paga el precio completo de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual para Miembros* .

3. **Envíanos información sobre los pagos que otras personas realizan en tu nombre .**

Los pagos realizados por ciertas personas y organizaciones también se incluyen en sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el VIH/SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se incluyen en sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para la cobertura catastrófica. Cuando alcance la etapa de Cobertura Catastrófica, nuestro plan cubrirá todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. **Revise los EOB que le enviamos .**

Cuando reciba un EOB por correo, asegúrese de que esté completo y correcto.

- **¿Reconoces el nombre de cada farmacia?** Comprueba las fechas. ¿Compraste medicamentos ese día?
- **¿Recibiste los medicamentos que se mencionan?** ¿Coinciden con los que aparecen en tus recibos? ¿Coinciden con los medicamentos que te recetó tu médico?

B1. ¿Qué ocurre si encuentra errores en este resumen?

Si algo le resulta confuso o no le parece correcto en este EOB, llámenos al Servicio de Atención al Cliente de Community DualCare Aligned (HMO D-SNP). También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: www.communityhealthchoice.org/medicare

B2. ¿Qué ocurre con un posible fraude?

Si en este resumen aparecen medicamentos que no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, póngase en contacto con nosotros.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Community DualCare Aligned (HMO D-SNP).
- También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin costo alguno.
- También puede llamar a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas para presentar una queja al 1-800-447-8477.

Si cree que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente. Guarde estos EOB (Explicación de Beneficios). Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Etapas de pago de medicamentos para los medicamentos de la Parte D de Medicare

Existen dos etapas de pago para la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare bajo nuestro plan. El monto que paga por cada receta depende de su nivel de Ayuda Adicional y de la etapa en la que se encuentre al momento de surtir o renovar una receta. Estas son las dos etapas:

- **Etapa 1: Etapa de deducción anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica**

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
Durante esta etapa, nosotros cubrimos parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte. Esta parte se llama copago. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, nosotros cubrimos todos los gastos de sus medicamentos hasta el 31/12/2027. Esta etapa comienza cuando has pagado una cierta cantidad de gastos de tu propio bolsillo.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

C1. Nuestro plan tiene 6 niveles de reparto de costes.

Los niveles de copago son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de nuestra *lista* pertenece a uno de los 6 niveles de copago. En general, cuanto mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para consultar los niveles de copago de sus medicamentos, consulte nuestra *lista de medicamentos* .

- Los medicamentos de Nivel 1 tienen el copago más bajo. Pueden ser medicamentos genéricos o medicamentos que no están cubiertos por Medicare y que sí lo están por STAR+PLUS. El copago es de $0.
- Los medicamentos de nivel 2 tienen un copago medio. Son medicamentos de marca. El copago es de $0.
- Los medicamentos de nivel 3 tienen el copago más alto. El copago varía entre $0 y un 25% de coseguro, dependiendo de sus ingresos.
- Nivel 4 - Medicamento no preferido: El copago es de $0 a un coseguro del 25%, dependiendo de sus ingresos.
- Nivel 5 de Especialidades: El copago es de $0 a un coseguro del 25%, dependiendo de sus ingresos.
- Nivel 6: Los medicamentos de Select Care no tienen copago.

C2. Tus opciones de farmacia

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

- una farmacia de la red, **o**
- Farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber cuándo aplicamos esta cobertura.
- La farmacia de venta por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro.* Para saber cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no está cubierto, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias* .

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") al surtir su receta. Un suministro a largo plazo cubre hasta 100 días. Este suministro no tiene costo para usted.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo conseguir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* o nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias* .

C4. Lo que pagas

Es posible que deba pagar un copago al surtir una receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar cuánto le corresponde pagar de copago por cualquier medicamento cubierto.

Tu parte del costo cuando obtienes un mes o a largo plazo suministro de un medicamento cubierto por:

	Una farmacia en red Suministro para un mes o hasta 30 días	**Servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro para un mes o hasta 30 días	**Una red de farmacias de atención a largo plazo** Suministro para hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5.** de este *Consulte el Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Reparto de costes Nivel 1 Genérico preferido	$0	$0	$0	Varía

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Una farmacia en red Suministro para un mes o hasta 30 días	**Servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro para un mes o hasta 30 días	**Una red de farmacias de atención a largo plazo** Suministro para hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5.** de este *Consulte el Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Reparto de costes Nivel 2 Genérico	$0	$0	$0	Varía
Reparto de costes Nivel 3 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%.	Varía

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Una farmacia en red Suministro para un mes o hasta 30 días	**Servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro para un mes o hasta 30 días	**Una red de farmacias de atención a largo plazo** Suministro para hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5.** de este *Consulte el Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Reparto de costes Nivel 4 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 $14.40; 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 $14.40; o coseguro del 25%	Varía

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Una farmacia en red Suministro para un mes o hasta 30 días	**Servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro para un mes o hasta 30 días	**Una red de farmacias de atención a largo plazo** Suministro para hasta 31 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5.** de este *Consulte el Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Reparto de costes Nivel 5 Nivel especializado	Medicamentos genéricos: Copago de $0; o copago de $1.65; o $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 $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 $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%.	Varía
Reparto de costes Nivel 6 Medicamentos Select Care	$0	$0	$0	Varía

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan* .

D. Etapa 1: La etapa de cobertura inicial

Durante la etapa inicial de cobertura, nosotros pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga la suya. Esta parte se denomina copago. El copago depende del nivel de copago al que pertenezca el medicamento y del lugar donde lo adquiera.

Los niveles de copago son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en *la Lista de Medicamentos de nuestro plan* pertenece a uno de los 6 niveles de copago. En general, cuanto mayor sea el número del nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de copago de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de Medicamentos* .

- Los medicamentos de Nivel 1 tienen el copago más bajo. Pueden ser medicamentos genéricos o medicamentos no cubiertos por Medicare que cubre STAR+PLUS. El copago es de $0.
- Los medicamentos de nivel 2 tienen un copago medio. Son medicamentos de marca. El copago es de $0.
- Los medicamentos de nivel 3 tienen un copago más alto, que oscila entre 0 y 25 % de coseguro.
- Los medicamentos de nivel 4 son medicamentos no preferidos que tienen un copago más alto, desde $0 hasta un coseguro del 25%.
- Los medicamentos de nivel 5, que son medicamentos especializados, tienen un copago más alto, que oscila entre 0 y 25 % de coseguro.
- Los medicamentos de nivel 6 son medicamentos de atención selecta y tienen un copago de $0.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

D1. Sus opciones de farmacia

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

- Una red de farmacias minoristas **o**
- Farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber cuándo aplicamos esta cobertura.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte **el Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias* .

D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") al surtir su receta. Un suministro a largo plazo cubre hasta 100 días.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo conseguir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este Manual del Miembro o *el Directorio de Proveedores y Farmacias de nuestro plan* .

D3. Lo que pagas

Durante la etapa inicial de cobertura, es posible que deba pagar un copago cada vez que surta una receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo.

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente para averiguar cuánto le corresponde pagar de copago por cualquier medicamento cubierto.

Tu parte del costo cuando obtienes un plan de un mes o a largo plazo. suministro de un medicamento cubierto por:

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Una farmacia en red Suministro para un mes o hasta 30 días	**Servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro para un mes o hasta 30 días	**Una red de farmacias de atención a largo plazo** Suministro para hasta 30 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Reparto de costes Nivel 1 Genérico preferido	$0	$0	$0	Varía
Reparto de costes Nivel 2 Genérico	$0	$0	$0	Varía
Reparto de costes Nivel 3 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%	Varía

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Una farmacia en red Suministro para un mes o hasta 30 días	**Servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro para un mes o hasta 30 días	**Una red de farmacias de atención a largo plazo** Suministro para hasta 30 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Reparto de costes Nivel 4 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 $14.40; 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 $14.40; o coseguro del 25%	Varía

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Una farmacia en red Suministro para un mes o hasta 30 días	**Servicio de pedidos por correo de nuestro plan** Suministro para un mes o hasta 30 días	**Una red de farmacias de atención a largo plazo** Suministro para hasta 30 días	**Una farmacia fuera de la red** Suministro para hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más detalles.
Reparto de costes Nivel 5 Nivel especializado	Medicamentos genéricos: $0 de copago; o Copago de $1.65; o $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: $0 de copago; o Copago de $1.65; o $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: $0 de copago; o Copago de $1.65; o $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%.	Varía
Reparto de costes Nivel 6 Medicamentos Select Care	$0	$0	$0	Varía

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias* .

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial.

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus gastos de bolsillo alcanzan los $2,400. En ese momento, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos sus gastos de medicamentos desde entonces hasta fin de año.

Tu resumen de beneficios te ayuda a llevar un registro de cuánto has pagado por tus medicamentos durante el año. Te avisamos si alcanzas el límite de $2,400. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

E. Etapa 2: La etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanzas el límite de gastos de bolsillo de $2,400 para tus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura Catastrófica. Permaneces en la Etapa de Cobertura Catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, no pagas nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Para los medicamentos STAR+PLUS y los medicamentos excluidos bajo nuestro beneficio mejorado, no pagas copago.

F. Costo de su medicamento si su médico le receta menos de un suministro para un mes completo

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro mensual completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle una cantidad menor a la necesaria para un mes.

- Puede haber ocasiones en las que desee consultar con su médico sobre la posibilidad de que le recete una cantidad de medicamento inferior a la necesaria para un mes (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo, no tendrá que pagar el suministro mensual completo de ciertos medicamentos.

Cuando recibe un suministro de medicamento para menos de un mes, el monto que paga se basa en la cantidad de días que recibe el medicamento. Calculamos el monto que paga por día

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

por su medicamento (la "tasa de copago diario") y lo multiplicamos por la cantidad de días que recibe el medicamento.

- Aquí tienes un ejemplo: Supongamos que el copago de tu medicamento para un suministro mensual (30 días) es de $1.35. Esto significa que pagas menos de $0.05 al día. Si adquieres un suministro para siete días, tu pago diario será inferior a $0.05 multiplicado por siete días, lo que resulta en un pago total inferior a $0.35.
- El sistema de copago diario le permite asegurarse de que un medicamento le funciona antes de pagar el suministro para todo un mes.
- También puedes pedirle a tu médico que te recete una cantidad de medicamento inferior a la necesaria para un mes completo para ayudarte:
  - Planifica mejor cuándo reabastecer tus medicamentos.
  - Coordina la renovación de tus recetas con otros medicamentos para que puedas ir menos veces a la farmacia.

G. Lo que pagas 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 Medicare Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Parte D. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de Medicamentos* . Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de Medicare Parte D sin costo alguno. Consulte *la Lista de Medicamentos de nuestro plan* o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y el copago de vacunas específicas.

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

- La primera parte corresponde al coste de la vacuna en sí.

La segunda parte corresponde al costo de la vacuna. Por ejemplo, en ocasiones la vacuna se administra mediante una inyección aplicada por el médico.

G1. Lo que necesitas saber antes de vacunarte.

Le recomendamos que llame al servicio de atención al cliente si tiene previsto vacunarse.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Podemos informarle sobre cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.

G2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por Medicare Parte D

El precio de una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué enfermedad te están vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud, no medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios en **el Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* .

- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos de nuestro plan* . Es posible que deba pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna está recomendada para adultos por el **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP),** no tendrá costo alguno.

Aquí hay tres formas comunes en las que puede obtener una vacuna de la Parte D de Medicare.

- Recibes la vacuna de la Parte D de Medicare y tu inyección en una farmacia de la red.

  - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D no tienen costo alguno.

  - Para las demás vacunas de la Parte D, usted no paga nada ***o*** solo un copago.

La vacuna de la Parte D de Medicare se recibe en el consultorio de su médico, y es él quien le administra la inyección.

  - No pagas nada ***o*** solo un copago al médico por la vacuna.

  - Nuestro plan cubre el costo de la vacuna.

  - En esta situación, el consultorio del médico debería llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted solo tiene que pagar nada ***o*** un copago por la vacuna.

Usted obtiene el medicamento para la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y lo lleva al consultorio de su médico para que le administren la inyección.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para las demás vacunas de la Parte D, usted no paga nada ***o*** solo un copago.
- Nuestro plan cubre el costo de la vacuna.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Capítulo 7: Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos.

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le explica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro* .

Tabla de contenido

A. Pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos 170

B. Enviarnos una solicitud de pago 173

C. Decisiones de cobertura 174

D. Apelaciones 174

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

A. Pedirnos que paguemos por sus servicios o drogas.

No debería recibir una factura por los servicios o medicamentos que recibe dentro de la red. Nuestros proveedores de la red deben facturar al plan por los servicios y medicamentos cubiertos una vez que los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) le facturen por estos servicios o medicamentos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de Si necesita atención médica o medicamentos, no pague la factura y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte nuestra dirección postal en su documento de identidad.

- Si cubrimos los servicios o los medicamentos, pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó su parte del costo ; *planes sin copago, insertar:* La factura, es su derecho que se le devuelva.
- Si usted pagó por servicios cubiertos por Medicare, le reembolsaremos el dinero.
- Si usted pagó por servicios cubiertos por STAR+PLUS, no podemos reembolsarle, pero el proveedor sí lo hará. El Departamento de Atención al Cliente, su coordinador de servicios o el defensor del cliente pueden ayudarle a contactar con la oficina del proveedor. Consulte el número de teléfono del Departamento de Atención al Cliente al final de la página.
- Si no cubrimos los servicios o los medicamentos, se lo haremos saber.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente o con su coordinador de servicio. Si no sabe cuánto debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede llamarnos si desea informarnos sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Algunos ejemplos de situaciones en las que podría necesitar que le solicitemos un reembolso o el pago de una factura que recibió incluyen:



Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o urgente de un proveedor que no pertenece a la red.**

   Solicite al proveedor que nos facture.

   - Si paga el importe total al recibir la atención, solicítenos el reembolso de nuestra parte del coste. Envíenos la factura y el comprobante de pago.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted cree que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
   - Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente.
   - Si ya pagó más de lo que le corresponde del costo del servicio de Medicare, calcularemos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. **Cuando un proveedor de red te envía una factura**

   Los proveedores de la red siempre deben facturarnos. Es importante mostrar su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o receta médica. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan que pague por los servicios o más de lo que le corresponde. **Si recibe alguna factura, llame a Servicios para Miembros** o a su coordinador de servicios al número que aparece al final de esta página .

Como miembro del plan, usted solo paga el copago cuando recibe servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le cobren más de esta cantidad. Esto aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que le cobró por el servicio. Incluso si decidimos no cubrir algunos cargos, usted tampoco los paga.

- Si recibes una factura de tu proveedor de servicios de red que consideres excesiva, envíanosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y solucionaremos el problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero cree que pagó de más, envíenos la factura y el comprobante de pago. Le reembolsaremos el importe de los servicios cubiertos ***o*** la diferencia entre lo que pagó y lo que debía según nuestro plan.

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

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

En ocasiones, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya pasó. Incluso puede haber sido el año pasado).

- Si te inscribiste retroactivamente y pagaste una factura después de la fecha de inscripción, puedes solicitarnos que te reembolsemos el dinero.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

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

Si utiliza una farmacia que no pertenece a la red de su seguro, deberá pagar el costo total de su receta.

- Solo en contados casos cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de nuestra red. Envíenos una copia de su recibo cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las farmacias que no pertenecen a la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que nosotros pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando usted paga el costo total de la receta de Medicare Parte D porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro consigo.

Si no tiene consigo su tarjeta de identificación de miembro, puede pedirle a la farmacia que nos llame o que busque la información de inscripción en su plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de la receta o regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del coste .
- Es posible que no le reembolsemos el importe total que pagó si el precio en efectivo que abonó es superior al precio acordado para la receta.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

6. Cuando usted paga el costo total de la receta de Medicare Parte D por un medicamento que no está cubierto

Es posible que usted deba pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no figure en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*Lista de Medicamentos*) en nuestro sitio web, o que tenga algún requisito o restricción que usted desconozca o crea que no le aplica. Si decide adquirir el medicamento, es posible que deba pagar el precio completo.

- Si usted no paga el medicamento pero cree que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión sobre la cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*) .

- Si usted y su médico u otro profesional que le recete el medicamento creen que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*).

- Cuando solicite el reembolso, envíenos una copia de su recibo. En algunos casos, es posible que necesitemos más información de su médico u otro profesional sanitario para reembolsarle nuestra parte del coste del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el importe total si el precio que pagó es superior al precio acordado para la receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina "decisión de cobertura". Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, pagamos la parte que nos corresponde del costo.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* .

B. Enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante de pago de cualquier servicio de Medicare que haya realizado, o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Le recomendamos que guarde una copia de su factura y recibos para sus registros.** Puede solicitar ayuda a su coordinador de servicios. Debe enviarnos su

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

información dentro de los 12 meses posteriores 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 obligatorio usar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápidamente.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web www.communityhealthchoice.org/medicare o puede llamar al Servicio de Atención al Cliente y solicitar el formulario.

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

Community Health Choice Texas, Inc.
Apartado de correos 301404
Houston, TX 77230-1404

Para obtener más información, puede comunicarse con nuestro servicio de atención al cliente al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen 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.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión sobre la cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento. También determinamos la cantidad de dinero que usted debe pagar, si corresponde.

- Le avisaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si determinamos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todos los requisitos para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por el monto que pagó **o** nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total (por ejemplo, si obtuvo el medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

que pagó es mayor que nuestro precio negociado). Si no ha pagado, le pagaremos directamente al proveedor.

El capítulo 3 de este *Manual del Miembro* explica las normas para obtener cobertura para sus servicios. **El capítulo 5** de este *Manual del Miembro* explica las normas para obtener cobertura para sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no abonar la parte que nos corresponde del coste del servicio o del medicamento, le enviaremos una carta explicando los motivos. En ella también se detallan sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte **el Capítulo 9.**

D. Apelaciones

Si cree que nos equivocamos al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que revisemos nuestra decisión. Esto se conoce como «presentar una apelación». También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que le pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* .

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la **Sección F.**
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G.**

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro* .

Tabla de contenido

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades 176

B. Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 178

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI) 179

C1. Cómo protegemos su información de salud protegida (PHI) 179

C2. Su derecho a consultar su historial médico 179

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información 180

E. Incapacidad de los proveedores de red para facturarle directamente 181

F. Su derecho a abandonar nuestro plan 181

G. .....Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 181

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones 182

G2. Tu derecho a decir lo que quieres que suceda si no puedes tomar decisiones sobre tu atención médica por ti mismo 182

G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones 183

H. Su derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos nuestras decisiones ...184

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos 184

I. Sus responsabilidades como miembro del plan 185

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades.

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le presten de manera culturalmente competente y accesible, incluyendo a quienes tienen un dominio limitado del inglés, dificultades de lectura, discapacidad auditiva o pertenecen a diversos orígenes

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

culturales y étnicos. Asimismo, debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de forma comprensible. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté inscrito en nuestro plan.

- Para obtener información de forma comprensible, llame a su coordinador de servicio o al departamento de Atención al Cliente. Nuestro plan incluye servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también le ofrece materiales en otros idiomas además del inglés, como el español, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Community Health Choice Texas, Inc. a la siguiente dirección: 48888 Loop Central Dr., Ste 600, Houston, TX 77081.
- Solicitamos *el idioma preferido del miembro. Si el idioma preferido es distinto del inglés o si se requiere un formato alternativo, guardamos la información del miembro como una solicitud permanente para futuros envíos y comunicaciones, de modo que no tenga que realizar una solicitud por separado cada vez. Los miembros pueden modificar su solicitud permanente de idioma o formato preferido* en cualquier momento llamando al Servicio de Atención al Miembro al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si tiene dificultades para obtener información sobre nuestro plan debido a problemas de idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Para comunicarse con Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles de Texas al 1-888-388-6332.
- Oficina de Derechos Civiles: 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades.

Debemos asegurarnos de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le presenten de manera accesible y culturalmente competente, incluso para aquellas personas con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o diversos antecedentes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted forma parte de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a su coordinador de servicios o Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en distintos idiomas al inglés (incluido el español) y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Community Health Choice Texas, Inc. a la dirección: 48888 Loop Central Dr., Ste 600, Houston, TX 77081.
- Solicitamos información sobre el idioma de preferencia del miembro. Si se trata de un idioma distinto al inglés o de un formato alternativo, registramos esta información como una solicitud permanente para futuros envíos y comunicaciones, de modo que el miembro no tenga que realizar una solicitud por separado cada vez. Los miembros pueden modificar su solicitud permanente de idioma o formato de preferencia en cualquier momento llamando a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- La Oficina de Derechos Civiles de Texas al 1-888-388-6332.
- La Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Usted tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (MAP) dentro de nuestra red. Un MAP es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como MAP y cómo elegir uno en **el Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* .

Llame a su coordinador de servicio o al departamento de Servicios para Miembros, o consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener más información sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.

- Tienes derecho a consultar con una especialista en salud femenina sin necesidad de una derivación. Una derivación es la autorización de tu médico de cabecera para consultar con un profesional que no sea tu médico de cabecera. **No** te exigimos que obtengas una derivación.

- Usted tiene derecho a recibir los servicios cubiertos por los proveedores de la red en un plazo razonable.

Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.

Si no puede obtener los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención médica fuera de nuestra red.

- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención médica que necesite con urgencia sin autorización previa (AP).

- Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.

- Usted tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* .

El capítulo 9 de este *Manual del Miembro* explica qué puede hacer si considera que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. También explica qué puede hacer si le hemos denegado la cobertura de sus servicios o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información personal de salud (PHI)

Protegemos su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) incluye la información personal que nos proporcionó al inscribirse en nuestro plan. También incluye su historial médico y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos con respecto a su información y al control sobre cómo se utiliza su información de salud protegida (PHI). Le proporcionamos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. Este aviso se denomina «Aviso de Prácticas de Privacidad».

C1. Cómo protegemos su información de salud protegida (PHI)

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada vea ni modifique sus registros.

Salvo en los casos que se indican a continuación, no compartimos su información de salud protegida con nadie que no le brinde atención médica ni la financie. Si lo hiciéramos, primero tendríamos que obtener su autorización por escrito. Usted, o una persona legalmente autorizada para tomar decisiones en su nombre, puede otorgar dicha autorización por escrito.

En ocasiones no necesitamos obtener su autorización por escrito previamente. Estas excepciones están permitidas o son requeridas por ley:

- Debemos divulgar información médica protegida a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención que brinda nuestro plan.
- Debemos divulgar la información de salud protegida por orden judicial.
- Debemos proporcionar a Medicare su información de salud protegida (PHI), incluyendo información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros usos, lo hace de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a consultar su historial médico.

- Usted tiene derecho a consultar su historial médico y a obtener una copia del mismo.



Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Usted tiene derecho a solicitarnos que actualicemos o corrijamos su historial médico. Si nos lo solicita, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con terceros para fines que no sean rutinarios, y cómo lo hacemos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica protegida (PHI), llame al Servicio de Atención al Cliente.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a recibir información nuestra sobre nuestro plan, nuestros proveedores de red y los servicios que tiene cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de interpretación para responder a sus preguntas sobre nuestro plan. Para solicitar un intérprete, llame a Atención al Cliente. Este servicio es gratuito. También podemos proporcionarle materiales en otros idiomas, como español y braille, en letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si los necesita.

Si desea obtener información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame al Servicio de Atención al Cliente:

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, que incluye:
    - información financiera
    - Cómo nos han valorado los miembros del plan
    - el número de apelaciones realizadas por los miembros
    - cómo abandonar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluyen:
    - Cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
    - cualificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- cómo pagamos a los proveedores de nuestra red

- Servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen:
  - servicios (consulte los **capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*) y medicamentos (consulte **los capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*) cubiertos por nuestro plan
  - límites a su cobertura y medicamentos
  - reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte **el Capítulo 9** de este *Manual para Miembros*), incluyendo solicitarnos que:
  - Exprese por escrito por qué algo no está cubierto.
  - cambiar una decisión que tomamos
  - pagar una factura que tienes

E. Incapacidad de los proveedores de red para facturarle directamente.

Los médicos, hospitales y demás proveedores de nuestra red no pueden cobrarle por los servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle la diferencia si pagamos menos de lo que le cobró el proveedor. Para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* .

F. Tu derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarte a permanecer en nuestro plan si no quieres.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puedes obtener tus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del Miembro:*

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo plan MA o de beneficios de medicamentos.

Para obtener información sobre cómo recibirá su STAR+PLUS beneficios si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones.

Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

- **Conozca sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conozca los riesgos.** Tiene derecho a ser informado sobre cualquier riesgo que pueda implicar. Debemos informarle con antelación si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar los tratamientos experimentales.
- **Busque una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar con otro médico antes de decidir el tratamiento.
- **Diga no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no lo daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume la responsabilidad total de lo que le suceda.
- **Pídanos que le expliquemos por qué un proveedor le negó la atención médica.** Usted tiene derecho a recibir una explicación si un proveedor le negó la atención que usted considera que debería recibir.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- **Solicite que cubramos un servicio o medicamento que le hayamos denegado o que normalmente no cubrimos.** Esto se denomina decisión de cobertura. **El capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a expresar lo que desea que suceda si no puede tomar decisiones sobre su atención médica.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas. Antes de que eso te suceda, puedes:

- Rellene un formulario por escrito **otorgando a alguien el derecho a tomar decisiones sobre su atención médica** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo .
- **proporcione a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo gestionar su atención médica, incluyendo la atención que **no desea** recibir.

El documento legal que se utiliza para dar instrucciones se denomina «directiva anticipada». Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y distintos nombres para ellas. Algunos ejemplos son el testamento vital y el poder notarial para la atención médica.

No es obligatorio tener una directiva anticipada, pero puede tenerla. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtenga el formulario.** Puede conseguirlo en su médico, un abogado, un trabajador social o en algunas papelerías. Las farmacias y los consultorios médicos suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente para solicitarlo.
- **Rellene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado o alguna otra persona de su confianza, como un familiar o su médico de cabecera, le ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a quienes deban estar informados.** Entregue una copia a su médico. También debe entregar una copia a la persona que designe para que tome decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Puede entregar copias a familiares o amigos cercanos. Conserve una copia en casa.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Si va a ser hospitalizado y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia al hospital** .

El hospital le preguntará si tiene un formulario de directivas anticipadas firmado y si lo lleva consigo.

Si no dispone de un formulario de directivas anticipadas firmado, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Haga que su directiva anticipada se incluya en su historial médico.
- Puede modificar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.

Por ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarle por haber firmado o no un testamento vital. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen las instrucciones.

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, en la Oficina de Recepción de Quejas e Incidentes.

Para presentar quejas, llame al 800-458-9858 de lunes a viernes de 7 am a 7 pm, envíe un correo electrónico a hfc.complaints@hhs.texas.gov o visite el sitio web de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para la recepción de quejas e incidentes (www.hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/complaint-incident-intake www.hhs.texas.gov/services/your-rights/complaint-incident-intake).

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones.

El capítulo 9 de este *Manual del Miembro* le indica qué puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre los servicios o la atención médica que tiene cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura, apelar para modificar dicha decisión o presentar una queja.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado en nuestra contra. Llame al Servicio de Atención al Cliente para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante un trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos.

Si cree que le hemos tratado injustamente (y **no se** trata de discriminación por los motivos enumerados en **el Capítulo 11** de este *Manual del Miembro*) o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar al:

- Servicios para miembros.
- El programa de Asesoramiento, Información y Defensa de la Salud de Texas (HICAP) se puede contactar al 800-252-9240. Para obtener más detalles sobre HICAP, consulte el **Capítulo 2.**
- La Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-866-566-8989. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* .

Para obtener información sobre Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, disponible en el sitio web de Medicare: www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de cumplir con las siguientes obligaciones. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de Atención al Cliente.

- **Lea este *Manual del Miembro*** para conocer la cobertura de nuestro plan y las normas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más información sobre su plan:

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Para conocer los servicios cubiertos, consulte **los capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro* . En dichos capítulos se detalla qué servicios están cubiertos, cuáles no, qué normas debe seguir y qué importe debe pagar.

Para conocer los medicamentos cubiertos, consulte **los capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro* .

- **Cuéntenos sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos.** Sí, debes asegurarte de que uses todas tus opciones de cobertura cuando recibas atención médica. Llama a Servicios para Miembros si tienes otra cobertura.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y demás profesionales sanitarios a brindarle la mejor atención.
    - Bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Infórmese lo más posible sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones acordadas con sus médicos.
    - Asegúrese de que sus médicos y otros profesionales de la salud estén al tanto de todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
    - Haz todas las preguntas que tengas. Tus médicos y demás profesionales sanitarios deben explicarte las cosas de forma que las entiendas. Si haces una pregunta y no entiendes la respuesta, vuelve a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio de su médico, en hospitales y en otros centros de atención médica.
- **Paga lo que debes.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Primas de Medicare Parte A y Parte B. Para la mayoría de los miembros de Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) , STAR+PLUS paga la prima de Medicare Parte A y la prima de Medicare Parte B.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Para algunos de los servicios y apoyos a largo plazo o medicamentos cubiertos por nuestro plan, deberá pagar su parte del costo al momento de recibir el servicio o medicamento . Este será un copago (una cantidad fija). **El capítulo 4** explica lo que debe pagar por sus servicios y apoyos a largo plazo (LTSS). **El capítulo 6** explica lo que debe pagar por sus medicamentos.
- **Si recibe algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (**Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo presentar una apelación).

- **Avísanos si te mudas.** Si planeas mudarte, avísanos de inmediato. Llama a tu coordinador de servicio o al departamento de Atención al Cliente.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá permanecer en nuestro plan. Solo las personas que residen en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. **El Capítulo 1** de este *Manual del Miembro* describe nuestra área de servicio.

Podemos ayudarle a averiguar si se muda fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos informarle si tenemos un plan disponible en su nueva área.

Cuando se mude, informe a Medicare y STAR+PLUS de su nueva dirección. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener los números de teléfono de Medicare y STAR+PLUS.

Si se muda pero permanece dentro de nuestra área de servicio, igualmente necesitamos saberlo. Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.

Si se muda, informe a la Seguridad Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).

- **Llamar su coordinador de servicio o Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente.**

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre cobertura, apelaciones, reclamaciones)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer si:

- Tiene algún problema o queja sobre nuestro plan.
- Necesitas un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan no cubre.
- Usted no está de acuerdo con una decisión que nuestro plan tomó con respecto a su atención médica.
- Crees que tus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para que encuentres fácilmente lo que buscas. **Si tienes algún problema o duda, lee las partes de este capítulo que se apliquen a tu situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores consideren necesarios para su atención, como parte de su Plan de Atención. **Si tiene algún problema con su atención o con los servicios y apoyos a largo plazo , puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo del HHS al 1-866-566-8989 para obtener ayuda.** Este capítulo explica las opciones disponibles para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo del HHS para que lo guíen en su caso.

Para obtener recursos adicionales que le ayuden a resolver sus dudas y conocer las formas de contactar con ellos, consulte el **Capítulo 2** para obtener más información sobre los programas de defensoría del pueblo.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Tabla de contenido

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud 190

A1. Sobre los términos legales 190

B. Dónde obtener ayuda 190

B1. Para más información y ayuda 190

C. Comprensión de las quejas y apelaciones de Medicare y STAR+PLUS en nuestro plan ...192

D. Problemas con sus beneficios 192

E. Decisiones y apelaciones sobre cobertura 192

E1. Decisiones de cobertura 193

E2. Apelaciones 193

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones 194

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle? 194

F. Atención ..... médica 195

F1. Utilizando esta sección 195

F2. Solicitar una decisión de cobertura 196

F3. Cómo presentar una apelación de nivel 1 199

F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2 203

F5. Problemas de pago 207

G. ..... Medicamentos de la Parte D de Medicare 208

G1. Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare 208

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare 211

G3. Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción 212

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción .....213.

G5. Cómo presentar una apelación de nivel 1 215

G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2 218

H. Solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada 220

H1. Conozca sus derechos de Medicare 220

H2. Cómo presentar una apelación de nivel 1 221

H3. Cómo presentar una apelación de nivel 2 223

I. Solicitarnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos 224

I1. Aviso anticipado antes de que finalice su cobertura 224

I2. Cómo presentar una apelación de nivel 1 224

I3. Cómo presentar una apelación de nivel 2 226

J. Llevar su apelación más allá del Nivel 2 227

J1. Próximos pasos para los servicios de Medicare y los artículos 227

J2. Adicional Apelaciones de STAR+PLUS 228

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare 229

K. Cómo presentar una queja 230

K1. ¿Qué tipo de problemas deberían ser motivo de queja .....? 230

K2. Quejas internas 232

K3. Quejas externas 233

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

A. Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica cómo gestionar problemas e inquietudes. El procedimiento a seguir depende del tipo de problema. Utilice un procedimiento para **las decisiones sobre cobertura y las apelaciones,** y otro para **presentar quejas** (también llamadas reclamaciones).

Para garantizar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso cuenta con un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos cumplir.

A1. Sobre los términos legales

En este capítulo se incluyen términos legales para algunas normas y plazos. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender, por lo que, siempre que sea posible, utilizamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Evitamos el uso excesivo de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “interponer una reclamación”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO, por sus siglas en inglés) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (IRE, por sus siglas en inglés)

Conocer la terminología legal adecuada puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por lo que también se la proporcionamos.

B. Dónde obtener ayuda

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, iniciar o seguir el proceso para resolver un problema puede resultar confuso. Esto es especialmente cierto si no te encuentras bien o tienes poca energía. Otras veces, puede que no tengas la información necesaria para dar el siguiente paso.

Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al <insertar información de contacto del plan> para obtener ayuda para resolver un problema o responder preguntas.

Ayuda del Programa de Información, Asesoramiento y Defensa en Materia de Salud (HICAP).

También puede obtener ayuda de HICAP llamando al 1-800-252-3439. Asimismo, puede consultar su sitio web en www.shiphelp.org/ships/texas . Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer con su problema. HICAP no está afiliado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. HICAP cuenta con asesores capacitados en cada condado y sus servicios son gratuitos.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. Aquí hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información de STAR+PLUS

Si necesita ayuda con los servicios de Medicaid STAR+PLUS, comuníquese con:

Línea directa para clientes de Medicaid de Texas

- Llame al 1-800-252-8263. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1 o a Relay Texas.
- Visite el sitio web de HHSC en www.hhs.texas.gov

Organización de Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés), para revisiones de apelaciones de Medicare:

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Llame a Acentra Health, la Organización de Mejora de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) de Texas: 1-888-315-0636
- Visite el sitio web de Acentra Health en www.acentra.com

Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, para obtener ayuda con quejas o para resolver problemas.

- Llame al 1-866-566-8989, los usuarios de TTY pueden llamar al 7-1-1 o a Relay Texas.
- Visite el sitio web de la Oficina del Defensor del Pueblo del HHS en www.hhs.texas.gov/services/your-rights/hhs-office-ombudsman

C. Comprensión de Medicare y STAR+PLUS quejas y apelaciones en nuestro plan

Usted cuenta con Medicare y STAR+PLUS. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y STAR+PLUS. A esto se le suele llamar un “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y STAR+PLUS.

En ocasiones, los procesos de Medicare y STAR+PLUS no se pueden combinar. En esos casos, se utiliza un proceso para el beneficio de Medicare y otro para el beneficio de STAR+PLUS. **La sección F4** explica estas situaciones.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las secciones de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente tabla le ayudará a encontrar la sección correspondiente de este capítulo para sus problemas o quejas.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

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

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

Sí. Mi problema tiene que ver con los beneficios o la cobertura. Consulte la **Sección E,** “Decisiones y apelaciones sobre la cobertura ”.	**No.** Mi problema no tiene que ver con los beneficios ni la cobertura. Consulte la **Sección K** , “Cómo presentar una queja”.

Decisiones y apelaciones sobre cobertura electrónica

El proceso para solicitar una decisión sobre la cobertura y presentar una apelación aborda 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 como **atención médica.** El proceso de decisión sobre la cobertura y las apelaciones se utiliza para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que se cubre.

E1. Decisiones de cobertura

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. Por ejemplo, si su proveedor de la red lo remite a un especialista médico fuera de la red, esta remisión se considera una decisión favorable a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o que el servicio remitido nunca esté cubierto bajo ninguna condición (consulte el **Capítulo 4** , **Sección H** de este *Manual del Miembro).*

Usted o su médico también pueden contactarnos para solicitar una evaluación de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podríamos negarnos a brindarle la atención médica que usted considera necesaria. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una evaluación de cobertura por usted.**

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Tomamos una decisión sobre la cobertura cuando determinamos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o ya no lo está por Medicare o STAR+PLUS. Si no está de acuerdo con esta decisión, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión sobre la cobertura y usted no está conforme con ella, puede apelar la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Su apelación será gestionada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original.

Una vez finalizada la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, puede solicitar una decisión de cobertura acelerada o una apelación rápida de dicha decisión.

Si rechazamos **parte** o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio médico de Medicare, la carta le indicará que hemos remitido su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Parte D o STAR+PLUS, la carta le explicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por STAR+PLUS, la carta le proporcionará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda recurrir a niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones.

Puedes solicitar ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

- **contactar con el servicio de atención al cliente,** llame a los números que aparecen al final de la página.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- **El Programa de Información, Asesoramiento y Defensa en Salud (HICAP).** El número de teléfono de HICAP es 1-800-252-3439.

- **Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHS).** Esta oficina ayuda a las personas inscritas en STAR+PLUS con problemas de servicio o facturación. El número de teléfono es 1-866-566-8989.

- **Su médico u otro proveedor** . Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación en su nombre.

- **Un amigo o familiar** . Puedes designar a otra persona para que actúe en tu nombre como tu “representante” y solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación.

- **Un abogado** . Usted tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.

- Contacta a tu propio abogado o busca el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencia. Algunos grupos legales ofrecen servicios legales gratuitos si cumples con los requisitos.

Complete el formulario de Designación de Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. Este formulario autoriza a dicha persona a actuar en su nombre.

Llame al Servicio de Atención al Cliente a los números que aparecen al final de la página y solicite el formulario de "Designación de Representante". También puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/medicare . **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarle?

Existen cuatro situaciones que implican decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. En esta sección de este capítulo se detallan todas las situaciones. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F** , “Atención médica”

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- **Sección G** , “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H** , “Solicitarnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada”
- **Sección I** , “Solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solo se aplica a los siguientes 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 sección utilizar, llame al Servicio de Atención al Cliente a los números que aparecen al final de la página. Si necesita ayuda adicional, puede ponerse en contacto con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),
- Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240,
- Organización de Mejora de la Calidad de Texas (Acentra) al 1-888-315-0636,
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-252-8263,
- Oficina del Defensor del Pueblo de Texas al 1-877-787-8999,
- Oficina del Defensor del Pueblo Estatal para el Cuidado a Largo Plazo de Texas al 1-800-252-2412, o
- Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica THMP de Texas al 1-800-255-1090.

F. Atención médica

Esta sección explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención médica.

Esta sección trata sobre sus beneficios para la atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* en la tabla de beneficios . En algunos casos, pueden aplicarse normas diferentes a los medicamentos de la Parte B de Medicare. Cuando esto ocurre, explicamos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de Medicare de las normas para los servicios y artículos médicos.

F1. Uso de esta sección

Esta sección explica qué puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

Crees que cubrimos la atención médica que necesitas pero que no estás recibiendo.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la **Sección F2** .

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quiere brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3** .

3. Usted recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no la pagaremos.

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5** .

4. Usted recibió y pagó por atención médica que pensó que cubrimos, y quiere que le reembolsemos.

   Qué puede hacer: Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero. Consulte la **Sección F5** .

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para ciertos servicios médicos y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud .

   Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4** .

   - Si la cobertura incluye atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios CORF, se aplican normas especiales. Consulte la **Sección H** o **la Sección I** para obtener más información.
   - Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o la interrupción de su cobertura para ciertos servicios médicos, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión sobre la cobertura involucra su atención médica, se denomina determinación de organización integrada.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión sobre la cobertura mediante:

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Llamadas: 1-833-276-8306, TTY: 711.
- Fax: 713-295-2284.
- Dirección postal: 4888 Loop Central Dr., Ste 600, Houston, TX 77081 .

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, utilizamos los plazos “estándar” a menos que acordemos utilizar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa Le daremos una respuesta en breve **:**

- **Siete días naturales** después de que recibamos su solicitud **de un servicio o artículo médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa** .
- **14 días naturales** después de que recibamos su solicitud **para todos los demás servicios o artículos médicos** .
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **de un medicamento de Medicare Parte** B.

Para un artículo o servicio médico, Podemos demorar hasta 14 días naturales adicionales si usted solicita más tiempo o si necesitamos información adicional que pueda beneficiarle (como historiales médicos de proveedores fuera de la red). Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. **No podemos demorar días adicionales si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

*Si cree que **no deberíamos** tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida **” sobre** nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K.***

Decisión de cobertura rápida

El término legal para una decisión rápida sobre la cobertura es determinación acelerada.

Cuando nos pidas que tomemos una decisión sobre la cobertura de tu atención médica y tu salud requiera una respuesta rápida, pídenos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Una decisión rápida sobre la cobertura significa que te daremos una respuesta en:

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **de un servicio o artículo médico** .
- **24 horas** después de recibir su solicitud **para la Parte B de Medicare droga** .

Para un artículo o servicio médico, Podemos demorar hasta 14 días naturales adicionales si encontramos información que podría beneficiarle (como historiales médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para proporcionarnos la información necesaria para la revisión. Si tardamos días adicionales en tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. **No podemos demorar más si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no deberíamos** tardar días adicionales en tomar la decisión sobre la cobertura, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de demorar más tiempo. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluyendo una queja rápida, consulte la **Sección K.** Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura , debe cumplir dos requisitos:

- Estás solicitando cobertura para artículos o servicios médicos que **no recibiste** . No puedes solicitar una decisión rápida sobre la cobertura de los artículos o servicios que ya recibiste.
- Utilizar los plazos estándar **podría causar graves daños a su salud** o perjudicar su capacidad para funcionar .

Si su médico nos indica que su estado de salud lo requiere, le ofrecemos una respuesta rápida sobre su cobertura. Si usted solicita la respuesta sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si recibe una respuesta rápida.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta indicándolo y utilizaremos los plazos estándar . La carta le indicará:
  - Si su médico lo solicita, le proporcionaremos automáticamente una decisión rápida sobre su cobertura.
  - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K.**

Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud , le enviaremos una carta explicando los motivos.

- Si nuestra respuesta es **no** , usted tiene derecho a presentar una apelación. Si considera que nos equivocamos, presentar una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte **la Sección F3).**

En determinadas circunstancias, podemos rechazar su solicitud de decisión sobre la cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud son:

- Si la solicitud está incompleta,
- si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, **o**
- Si solicita que se retire su solicitud.

Si rechazamos una solicitud de decisión sobre la cobertura, le enviaremos una notificación explicando los motivos del rechazo y cómo solicitar una revisión. Esta revisión se denomina apelación. Las apelaciones se explican en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una apelación de nivel 1.

Para iniciar una apelación relacionada con un servicio o artículo denegado, o para continuar recibiendo un servicio o artículo que ya está recibiendo **,** usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711) .

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llamándonos. al 1-833-276-8306 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) .

- Si su médico u otro profesional que le recete medicamentos le pide que continúe recibiendo un servicio o producto durante el proceso de apelación, es posible que deba designarlo como su representante para que actúe en su nombre.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Si otra persona, que no sea su médico, presenta la apelación en su nombre, incluya un formulario de Designación de Representante que autorice a dicha persona a representarlo. Puede obtener el formulario visitando www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.communityhealthchoice.org/medicare .

- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:

- Rechazamos su solicitud y

- Le enviamos una notificación por escrito explicándole su derecho a solicitar a la IRO que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- Debe presentar una apelación dentro de los 65 días naturales siguientes a la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.

- Si no cumplió con el plazo y tiene una razón válida, podríamos otorgarle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de razones válidas son una enfermedad grave o que le hayamos proporcionado información errónea sobre el plazo. Explique el motivo del retraso al presentar su apelación.

- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información relativa a su apelación. Usted y su médico también pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación urgente.

El término legal para "apelación rápida" es "reconsideración acelerada".

- Si usted apela una decisión que hayamos tomado sobre la cobertura de la atención médica, usted y/o su médico decidirán si necesita una apelación rápida.

Si su médico le indica que su estado de salud lo requiere, le concederemos automáticamente una apelación rápida. Si solicita la apelación sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si se le concede.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Si decidimos que su estado de salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviaremos una carta indicándolo y utilizaremos los plazos estándar . La carta le indicará:
- Si su médico lo solicita, le facilitaremos automáticamente una apelación rápida.
- Cómo presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de otorgarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección** K.

Si le informamos que vamos a suspender o reducir los servicios o artículos que usted ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo dichos servicios o artículos durante el proceso de apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar cualquier medida.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si usted solicita una apelación de nivel 1 dentro de los diez días calendario a partir de la fecha que figura en nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigor de la medida, lo que ocurra más tarde.
- Si cumples con este plazo, recibirás el servicio o artículo sin cambios mientras tu apelación de Nivel 1 esté pendiente.
- También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
- Si no presenta una apelación antes de estas fechas, su servicio o artículo no se continuará mientras espera la decisión sobre su apelación.

Analizamos su apelación y le daremos nuestra respuesta.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Al revisar su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información relativa a su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos **su** solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Existen plazos para presentar una apelación rápida.

- Cuando utilizamos los plazos de respuesta rápida, 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 denegamos una apelación rápida, le daremos a usted, a su médico, al profesional que le recetó el medicamento o a su representante una confirmación verbal de la denegación.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos **tomarnos hasta 14 días naturales adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico **.**
- Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si su solicitud es para un medicamento cubierto por Medicare Parte B, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si no le damos respuesta en 72 horas o al finalizar los días adicionales que nos tomamos, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Un IRO la revisará y le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le hablaremos de esta organización y le explicaremos el proceso de apelación de Nivel 2.

  Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan, tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Puede designar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud indicando el nombre de la persona que desea que lo represente. Un proveedor puede ser su representante. Si desea impugnar una decisión tomada por su plan de salud, usted o su representante deben solicitar la Audiencia Imparcial Estatal dentro de los 120 días posteriores a la fecha que figura en la carta del plan de salud con la decisión. Si no solicita la Audiencia Imparcial Estatal dentro de los

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

120 días, puede perder su derecho a una Audiencia Imparcial Estatal. Para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal, usted o su representante deben enviar una carta al plan de salud a:

Community Health Choice Texas, Inc.
Departamento de Apelaciones Médicas - Asuntos Médicos
4888 Loop Central Drive, Suite 600
Houston, TX 77081

Teléfono: 713.295.2300 o sin cargo al 1.888.435.2850
Fax: 713.295.7033 O llame sin cargo al 1.888.435.2850

Usted tiene derecho a seguir recibiendo cualquier servicio, incluyendo un Servicio y Entornos Alternativos, que el plan de salud denegó o redujo, con base en los servicios previamente autorizados, al menos hasta que se tome la decisión final de la Audiencia Estatal Justa si solicita una Audiencia Estatal Justa antes de la fecha que sea posterior entre: (1) 10 días calendario después de la fecha en que el plan de salud envió por correo la carta de decisión de apelación interna, o (2) el día en que la carta de decisión de apelación interna del plan de salud indique que su servicio será reducido o finalizado. Si no solicita una Audiencia Estatal Justa antes de esta fecha, el servicio que el plan de salud denegó se suspenderá. Si solicita una Audiencia Estatal Justa, recibirá un paquete de información que le indicará la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las Audiencias Estatales Justas se llevan a cabo por teléfono. En ese momento, usted o su representante pueden explicar por qué necesita el servicio que el plan de salud denegó. HHSC le dará una decisión final dentro de los 90 días a partir de la fecha en que solicitó la audiencia.

- **Si aceptamos parcial o totalmente su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud,** enviaremos su apelación a la IRO para una apelación de nivel 2.

Existen plazos límite para presentar una apelación estándar.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Cuando utilizamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud de cobertura por los servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le daremos nuestra respuesta **dentro de los siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación, o antes si su salud lo requiere.
- Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos **tomarnos hasta 14 días naturales adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico **.**
    - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
    - Si su solicitud es para un medicamento cubierto por Medicare Parte B, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si considera que **no deberíamos** demorarnos más, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Al presentar una queja rápida, recibirá una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K.**
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite o al final de los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Un IRO la revisará. El IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo le hablaremos sobre esta organización y le explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre un ESTRELLA+PLUS Si tiene algún problema con un servicio o artículo, puede solicitar una Apelación de Nivel 2 (conocida como Audiencia Imparcial) ante la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC). La carta le indicará cómo hacerlo. Encontrará más información a continuación.

Si aceptamos parcial o totalmente su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los siete días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Si rechazamos **parte** o la totalidad de su solicitud, **usted dispone de derechos de apelación adicionales:**

- Si rechazamos **parte** o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta.
- Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le indica que enviamos su caso a la IRO para una apelación de nivel 2. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación.
- Si su problema tiene que ver con la cobertura de un servicio o artículo STAR+PLUS, la carta le indica cómo presentar usted mismo una apelación de nivel 2.

F4. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si rechazamos **total** o parcialmente su apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. En ella le indicaremos si Medicare, STAR+PLUS o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que Medicare suele cubrir, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelación tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que STAR+PLUS Por lo general, la carta le indica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que **tanto Medicare como** Si **STAR+PLUS** cubre los gastos, automáticamente obtendrá una apelación de nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una audiencia imparcial ante la HHSC.

Si usted cumplía con los requisitos para la continuación de sus beneficios al presentar su apelación de Nivel 1, es posible que sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento objeto de la apelación continúen también durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema se refiere a un servicio que normalmente solo cubre Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la IRO.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Si su problema se refiere a un servicio que normalmente solo está cubierto por STAR+PLUS, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de nivel 2 dentro de los diez días calendario posteriores a la recepción de nuestra carta de decisión.

Cuando su problema se refiere a un servicio o artículo, Medicare generalmente lo cubre.

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) es Entidad de Revisión Independiente , a veces llamada IRE .

- Esta organización no está vinculada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Medicare seleccionó a esta empresa para que actuara como IRO (Organización de Revisión Independiente) y supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su expediente) a esta organización. Usted tiene derecho a una copia gratuita de su expediente.
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO examinan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuviste una apelación rápida en el Nivel 1, también la tendrás en el Nivel 2.

- Si usted presentó una apelación rápida ante nosotros en el Nivel 1, automáticamente obtendrá una apelación rápida en el Nivel 2. El IRO 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 IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **el proceso puede demorar hasta 14 días naturales adicionales** . La IRO no puede demorar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también podrá presentar una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si usted presentó una apelación estándar ante nosotros en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **el proceso puede demorar hasta 14 días naturales adicionales** . La IRO no puede demorar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le dará su respuesta por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la IRO aprueba parcial o totalmente una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos:
  - Autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas, o**
  - Prestar el servicio en un plazo de **14 días naturales.** después de que obtengamos la decisión de la IRO para **las solicitudes estándar, o**
  - Prestaremos el servicio **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **las solicitudes urgentes** .
- **Si la IRO dice que sí a una solicitud parcial o total de un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:**
- **dentro 72 horas** después de que recibamos la decisión de la IRO para **las solicitudes estándar, o**
- **En el plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **las solicitudes urgentes.**

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- **Si la IRO rechaza total o parcialmente su apelación,** significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) de cobertura para atención médica. Esto se denomina «confirmar la decisión» o «rechazar su apelación».
- Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.
- Tras el Nivel 2, existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación, lo que suma un total de cinco niveles.
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelación, deberá decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá tras su apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado adjudicador tramita una apelación de nivel 3. Consulte la **sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema se refiere a un servicio o artículo que STAR+PLUS suele cubrir, o que está cubierto tanto por Medicare como por STAR+PLUS

Una apelación de nivel 2 para los servicios que normalmente cubre STAR+PLUS es una audiencia imparcial estatal ante el Departamento de Audiencias Imparciales de la HHSC de Texas. Debe solicitar una audiencia imparcial estatal por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días calendario** posteriores a la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su apelación de nivel 1. La carta que reciba de nosotros le indicará dónde presentar su solicitud para una audiencia imparcial estatal.

El funcionario encargado de las audiencias sobre la feria estatal le entregará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si el funcionario de audiencias estatales aprueba **parcial** o totalmente una solicitud de un artículo o servicio médico **,** debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su decisión.
- Si el funcionario de audiencias estatales rechaza **total** o parcialmente su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

(o parte de ella) de cobertura para el servicio o artículo solicitado. Esto se denomina "confirmar la decisión".

Si la decisión del Oficial de Audiencias Imparciales del Estado es **No** para su solicitud, total o parcialmente, puede solicitar una Revisión Administrativa dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la decisión. La decisión del Oficial de Audiencias Imparciales describe cómo solicitar una Revisión Administrativa. La Revisión Administrativa la lleva a cabo un Juez de Derecho Administrativo de la División de Apelaciones de la HHSC de Texas.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación después de la Apelación de Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que nuestros proveedores de red le cobren por Servicios y artículos cubiertos. Esto aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca se le exige pagar el saldo de ninguna factura. El único monto que se le debe solicitar es el copago por *las categorías de servicios, artículos o medicamentos que lo requieran* .

Si recibe una factura superior a su copago por los servicios y artículos cubiertos, envíenosla. 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 de nuestro plan si siguió las normas para recibir los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* . En él se describen situaciones en las que podría necesitar que le reembolsemos un importe o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También se explica cómo enviarnos la documentación que solicita el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión sobre la cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que pagó está cubierto y si siguió todas las normas para el uso de su cobertura.

- Si el servicio o artículo que pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos ***o*** Su proveedor le reembolsará nuestra parte del costo del servicio o artículo, generalmente dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Su proveedor le enviará el pago.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Si aún no ha pagado el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Al enviar el pago, aceptamos **su** solicitud de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o si no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta informándole que no pagaremos por el servicio o artículo y explicándole los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación** . Siga el proceso de apelación descrito en **la Sección F3** . Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si usted presenta una apelación para que le reembolsemos el dinero, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y **Medicare** generalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto sucede.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y dictamina que debemos pagarle, 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 a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días naturales.

- Si la IRO rechaza **su** apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud. Esto se denomina «confirmar la decisión» o «rechazar la apelación». Recibirá una carta que le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **No** y STAR+PLUS generalmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de Medicare Parte D. Hay algunos medicamentos que

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Medicare Parte D no cubre que STAR+PLUS Puede cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de Medicare Parte D.** En el resto de esta sección, usaremos el término "medicamento" en lugar de "medicamento de Medicare Parte D" en cada ocasión. Para medicamentos cubiertos únicamente por STAR+PLUS, siga el proceso de **la Sección** E.

Para que el medicamento esté cubierto, debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre las indicaciones médicamente aceptadas.

G1. Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare

Aquí tiene ejemplos de decisiones de cobertura que nos solicita que tomemos con respecto a sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos pides que hagamos una excepción, incluyendo pedirnos que:
  - cubrir un medicamento de Medicare Parte D que no esté en *la Lista de Medicamentos de nuestro plan* o
  - establecer una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede obtener)
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en *la lista de medicamentos de nuestro plan* , pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo).

NOTA: Si su farmacia le indica 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.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

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

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Usted nos pide que paguemos un medicamento que ya compró. Esto implica solicitar una decisión sobre la cobertura del seguro.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la tabla a continuación como guía.

¿En cuál de estas situaciones te encuentras?

Necesitas un medicamento que no está en nuestra *lista de medicamentos* o necesitas que hagamos una excepción a alguna norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Usted desea que cubramos un medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* y cree que cumple con las normas o restricciones del plan (como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Quieren pedirnos que les devolvamos el dinero de un medicamento que ya recibieron y pagaron.	Ya te dijimos que no cubriremos ni pagaremos el medicamento de la manera que tú quieres.
Puedes solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión sobre la cobertura).	**Puede solicitarnos una decisión sobre la cobertura.**	**Puedes solicitarnos que te reembolsemos el dinero.** (Esto es un tipo de decisión sobre la cobertura).	**Puedes presentar una apelación.** (Esto significa que nos pides que reconsideremos la decisión).
Comience con **la Sección G2** y luego consulte las **Secciones G3 y G4.**	Consulte la **Sección G4.**	Consulte la **Sección G4.**	Consulte la **Sección G5.**

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

G2. Excepciones a la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento como usted desea, puede solicitarnos una excepción. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted solicita una excepción, su médico u otro profesional que le prescriba el medicamento debe explicarle las razones médicas por las que necesita dicha excepción.

Solicitar la cobertura de un medicamento que no figura en nuestra *Lista de Medicamentos* o la eliminación de una restricción sobre un medicamento a veces se denomina solicitar una **"excepción al formulario".**

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto que no pertenece al grupo de medicamentos preferidos a veces se denomina solicitar una **excepción de nivelación.**

Aquí tiene algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional sanitario que le recete el medicamento puede solicitarnos:

1. **Incluir un medicamento que no está en nuestra *lista de medicamentos.***

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* , usted pagará el copago que se aplica a todos nuestros medicamentos según el Nivel.
- No se puede obtener una excepción al importe del copago obligatorio para el medicamento.

2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**

- Se aplican normas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos que figuran en nuestra *Lista de Medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual para Miembros* para obtener más información).
- Las normas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
    - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Obtener nuestra aprobación por adelantado antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto a veces se denomina “autorización previa (AP)”.
- Es necesario probar primero otro medicamento antes de que aceptemos cubrir el que usted solicita. Esto a veces se denomina "terapia escalonada".
- Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad que se puede tener.

- Si aceptamos hacer una excepción en su caso y eliminamos una restricción, puede solicitar una excepción al monto del copago que debe pagar.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de copago más bajo. Cada medicamento en nuestra *lista de medicamentos* se encuentra en uno de los 6 niveles de copago.** En general, cuanto menor sea el número del nivel de copago, menor será el monto que deberá pagar.

- Nuestra *lista de medicamentos* suele incluir más de un fármaco para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos “alternativos”.
- Si existe un medicamento alternativo para su afección que tenga un copago menor que el medicamento que toma, puede solicitar que lo cubramos al mismo precio que el medicamento alternativo. Esto reduciría su copago.
- Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos con el monto de copago correspondiente al nivel más bajo para alternativas de productos biológicos para su afección.
- 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.

G3. Aspectos importantes que debe saber sobre cómo solicitar una excepción.

Su médico u otro profesional sanitario que le recete el medicamento 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 para solicitar la excepción.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional sanitario cuando solicite la excepción.

Nuestra *lista de medicamentos* a menudo incluye más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo es igual de efectivo que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no aprobamos** su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivelación, generalmente **No aprobemos** su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel de costo compartido más bajo no funcionen tan bien para usted o sean propensos a causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder afirmativamente o negativamente a su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud de excepción, esta generalmente **se** mantendrá vigente hasta el final del año calendario. Esto es así siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos **su** solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación en caso de que la **rechacemos** .

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluyendo una excepción.

G4. Solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

- Solicite información sobre el tipo de cobertura que desea llamando al <número de teléfono>, escribiendo o enviando un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que le recete el medicamento) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre la reclamación.
- Usted, su médico (u otro profesional sanitario que le recete el medicamento) o cualquier otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión sobre la cobertura del seguro. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Consulte la **sección E3** para saber cómo designar a alguien como su representante.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- No es necesario que usted dé autorización por escrito a su médico u otro profesional que le recete el medicamento para que solicite una decisión sobre la cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos el reembolso de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* .
- Si solicita una excepción, proporciónenos una «declaración justificativa». Dicha declaración debe incluir los motivos médicos de su médico u otro profesional sanitario que justifique la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional sanitario puede enviarnos la declaración justificativa por fax o correo postal. También puede comunicárnosla por teléfono y, a continuación, enviarnos la declaración por fax o correo postal.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida sobre su cobertura ”.

Utilizamos los "plazos estándar" a menos que acordemos utilizar los "plazos rápidos".

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción del informe de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir el informe de su médico.

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

Puedes obtener una decisión rápida sobre la cobertura si:

- Se trata de un medicamento que usted no recibió. No podemos darle una respuesta rápida sobre la cobertura si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Su salud o su capacidad para funcionar se verían seriamente perjudicadas si utilizamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional sanitario nos indica que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, estamos de acuerdo y se la comunicamos. Le enviamos una carta informándole al respecto.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo de su médico u otro profesional que le recete el medicamento, nosotros decidiremos si se le concede una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizaremos los plazos estándar.
- Le enviamos una carta informándole al respecto. En la carta también se le indica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
- Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta en 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K.**

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si utilizamos plazos de entrega ajustados, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas. Una vez recibida su solicitud, le responderemos en un plazo de 24 horas si solicita una excepción. Si su estado de salud lo requiere, le daremos una respuesta antes.
- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que sea revisada por un IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de Nivel 2.
- Si decimos **que sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, Le proporcionamos la cobertura en un plazo de 24 horas tras recibir su solicitud o el informe justificativo de su médico.
- Si rechazamos **parte** o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que no recibió

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas tras recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas tras recibir el informe médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Si no cumplimos con este plazo, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que sea revisada por un IRO.
- Si aceptamos su solicitud, **ya** sea parcial o totalmente, le proporcionaremos la cobertura en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su solicitud o del informe justificativo de su médico para solicitar una excepción.
- Si rechazamos **parte** o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre 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, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que sea revisada por un IRO.
- Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud, le reembolsaremos el importe en un plazo de 14 días naturales **.**
- **Si** rechazamos **parte** o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se le indicará cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una apelación de nivel 1.

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina "redeterminación" del plan.

- Inicie su **apelación estándar** o rápida llamando al <número de teléfono>, escribiéndonos o enviándonos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que le recete el medicamento) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Debe presentar una apelación **dentro de los 65 días naturales** siguientes a la fecha de la carta que le enviamos para comunicarle nuestra decisión.
- Si no cumplió con el plazo y tiene una razón válida, podríamos otorgarle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de razones válidas son

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

una enfermedad grave o que le hayamos proporcionado información errónea sobre el plazo. Explique el motivo del retraso al presentar su apelación.

- Tiene derecho a solicitarnos una copia gratuita de la información relativa a su apelación. Usted y su médico también pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación urgente.

Una apelación rápida también se denomina **"redeterminación acelerada".**

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que le haya recetado el medicamento decidirán si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Analizamos su apelación y le daremos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a examinar detenidamente toda la información relativa a su solicitud de cobertura.
- Verificamos si cumplimos con las normas cuando rechazamos **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 en el Nivel 1

- Si utilizamos los plazos de respuesta rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.
- Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
    - Si no le damos respuesta en 72 horas, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Allí, un IRO la revisará. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Si decimos **que sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, Debemos proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- Si decimos **No** a parte o a la totalidad de su solicitud, Le enviaremos una carta donde se explican los motivos y se le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 1

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le comunicaremos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación urgente.
- Si no le damos una respuesta en un plazo de siete días naturales, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En ese caso, un IRO la revisará. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre el organismo de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si decimos **que sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos ofrecerle tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar siete días naturales** después de que recibamos su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** por el medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

Si decimos **que no** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta donde le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso del medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días naturales, debemos remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En ese caso, un IRO la revisará. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre el organismo de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos **que sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, Debemos abonarle el importe en un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha en que recibamos su solicitud.
- Si rechazamos **parte** o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una carta explicando los motivos y indicándole cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una apelación de nivel 2.

Si rechazamos su apelación **de** Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, deberá seguir el proceso de apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando rechazamos **su** primera apelación. Esta organización decide si debemos modificar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO, por sus siglas en inglés) es **“Entidad de Revisión Independiente”,** a veces llamada **“IRE” (Entidad de Revisión Independiente).**

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que le prescriba el medicamento debe comunicarse **por escrito con la IRO** y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la carta que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2 ante la IRO. En dichas instrucciones se indica quién puede presentar la apelación de** Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo contactar con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a dicha organización. Esta información se denomina su “expediente”. **Usted tiene derecho a una copia gratuita de su expediente** .
- Usted tiene derecho a proporcionar a la IRO información adicional para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Plazos para una apelación rápida en el Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan tramitar una apelación rápida, deben darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud de apelación.
- Si dicen **que sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, Debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión del IRO.

Plazos para una apelación estándar en el Nivel 2

Si usted tiene una apelación estándar de Nivel 2, el IRO debe darle una respuesta:

- **dentro de los siete días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación para el reembolso de un medicamento que usted compró.

Si la IRO dice **que sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión del IRO.
- Debemos reembolsarle el importe del medicamento que compró en un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha en que recibamos la decisión del IRO.
- Si la IRO **rechaza** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina «confirmar la decisión» o «rechazar su apelación».

Si la IRO rechaza **su** apelación de Nivel 2, tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es inferior al mínimo requerido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le enviará una carta indicando el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con su apelación.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Tras el Nivel 2, existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación.
- Si la IRO rechaza **su** apelación de nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar el proceso de apelación, usted:
- Decide si quieres presentar una apelación de nivel 3.
- Consulte la carta que le envió la IRO después de su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

H. Pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada.

Cuando usted es ingresado en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro.*

Durante su estancia hospitalaria cubierta por el seguro, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día de su alta. También 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".
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta.

Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto o le preocupa la atención que recibirá tras el alta, puede solicitar una estancia hospitalaria más prolongada. En esta sección encontrará información sobre cómo solicitarla.

H1. Conozca sus derechos de Medicare

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un trabajador social, le entregará un aviso por escrito titulado " Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos". Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que son ingresadas en un hospital.

Si no recibe la notificación, solicítela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página. También

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

puede llamar al -1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea** atentamente el aviso y haga preguntas si no lo entiende. El aviso le informa sobre sus derechos como paciente hospitalario, incluidos sus derechos a:
- Reciba servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Participe en las decisiones relativas a la duración de su estancia en el hospital.
- Sepa dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria recibida.
- Presenta una apelación si crees que te están dando de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firma el aviso** para demostrar que lo has recibido y que comprendes tus derechos.
- Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
- Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no significa** Usted acepta la fecha de alta que le haya indicado su médico o el personal del hospital.
- **Guarda una copia** del aviso firmado para que tengas la información a mano si la necesitas.

Si firmas el aviso con más de dos días de antelación a la fecha de tu alta hospitalaria, recibirás otra copia antes de que te den el alta.

Puedes consultar una copia del aviso con antelación si:

- Llame al servicio de atención al cliente a los números que aparecen al final de la página.
- Llame a Medicare al 1-800 MEDICARE (1 -800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im .

H2. Cómo presentar una apelación de nivel 1.

Para solicitar que extendamos la cobertura de sus servicios hospitalarios, presente una apelación. La Organización de Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) revisará la apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta prevista es médicamente apropiada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud financiados por el gobierno federal. Estos expertos supervisan y contribuyen a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Texas , la Organización para la Mejora de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO, por sus siglas en inglés) es Acentra Health. Puede comunicarse con ellos al 1-888-315-0636. La información de contacto también se encuentra en el aviso “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en **el Capítulo 2** .

Llame a la QIO antes de salir del hospital y a más tardar en la fecha prevista de alta.

- **Si llama antes de irse** , puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista sin pagar nada mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta prevista, es posible que tenga que pagar todos los gastos de la atención hospitalaria que reciba después de dicha fecha.

Pide ayuda si la necesitas . Si tienes preguntas o necesitas ayuda en cualquier momento:

- Llame al servicio de atención al cliente a los números que aparecen al final de la página.
- Llame al Programa de Asesoramiento e Información sobre Salud (HICAP) de los Programas Estatales de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240.

Solicita una revisión rápida. Actúa con rapidez y contacta con la QIO para solicitar una revisión rápida de tu alta hospitalaria.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

El término legal para **“revisión rápida”** es **“revisión inmediata”** o **“revisión acelerada”.**

¿Qué sucede durante la revisión rápida?

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta prevista. No es obligatorio que escriba una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionaron el hospital y nuestro plan.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá una carta con la fecha de alta prevista. En la carta también se explican los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que esa es la fecha de alta adecuada desde el punto de vista médico.

El término legal para esta explicación escrita es **“Aviso Detallado de Alta”.** Puede obtener un ejemplo llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im .

En el plazo de un día hábil después de obtener toda la información necesaria, la QIO le dará su respuesta a su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios de hospitalización cubiertos por su seguro mientras dichos servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO rechaza **su** apelación:

- Consideran que la fecha de alta prevista es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura para sus servicios de hospitalización finalizará al mediodía del día siguiente a que la QIO le dé su respuesta a su apelación.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la QIO le dé su respuesta a su apelación.
- Puedes presentar una apelación de nivel 2 si la QIO rechaza tu apelación de nivel 1 **y** permaneces en el hospital después de la fecha de alta prevista.

H3. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, debe solicitar a la QIO que revise la decisión que tomó sobre su apelación de nivel 1. Llámelos al <número de teléfono gratuito de la QIO>.

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

Los revisores de QIO deberán:

- Revise detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de atención hospitalaria desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Le proporcionaremos los servicios de hospitalización cubiertos por su seguro mientras dichos servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO rechaza **su** apelación:

- Están de acuerdo con su decisión sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Te entregan una carta que te indica qué puedes hacer si deseas continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

I. Pedirnos que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata únicamente sobre tres tipos de servicios que usted podría recibir:

- servicios de atención médica a domicilio
- atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- Rehabilitación ambulatoria en un centro de rehabilitación autorizado por Medicare. Esto suele significar que recibe tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se está recuperando de una cirugía mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos durante el tiempo que el médico considere necesario.

Cuando decidamos dejar de cubrir alguno de estos servicios, debemos avisarle **antes de** que finalice su cobertura. Cuando finalice la cobertura de dicho servicio, dejaremos de pagarlo.

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.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura.

Le enviaremos una notificación por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención médica. Esta notificación se llama «Aviso de no cobertura de Medicare». En ella se indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención médica y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar la notificación para confirmar su recepción. Firmar la notificación **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no implica** que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una apelación de nivel 1.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de apelación de Nivel 1 y qué debe hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y respete los plazos que corresponden a sus tareas. Nuestro plan también debe cumplir con

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

los plazos. Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre quejas.

- **Pide ayuda si la necesitas.** Si tienes preguntas o necesitas ayuda en cualquier momento:
- Llame al servicio de atención al cliente a los números que aparecen al final de la página.
- Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud (HICAP) al 1-800-252-9240.
- **Contacte con la QIO.**
- Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener más información sobre la QIO y cómo contactar con ella.
- Pídales que revisen su apelación y decidan si modifican la decisión sobre nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una apelación por vía rápida.** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Fecha límite para contactar con esta organización

- Debe ponerse en contacto con la QIO 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" que le enviamos.

El término legal para la notificación escrita es **"Aviso de no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices .

¿Qué sucede durante una apelación de vía rápida?

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar. No es obligatorio redactar una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía una notificación por escrito que explica los motivos por los que finalizamos la cobertura de sus servicios. Recibirá la notificación antes de que finalice el día en que los revisores nos informen de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es **"Explicación detallada de la no cobertura".**

Los usuarios que realizan las reseñas comunican su decisión en el plazo de un día completo después de obtener toda la información necesaria.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO rechaza **su** apelación:

- Tu cobertura finaliza en la fecha que te hemos indicado.
- Dejaremos de pagar nuestra parte de los gastos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Usted deberá pagar el costo total de esta atención si decide continuar con la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de CORF después de la fecha en que finalice su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

I3. Cómo presentar una apelación de nivel 2

Para una apelación de nivel 2, debe solicitar a la QIO que revise la decisión tomada en su apelación de nivel 1. Llámelos al 1-888-315-0636.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la QIO rechazó **su apelación de Nivel 1. Solo** puede solicitar esta revisión si continúa recibiendo atención médica después de la fecha en que finalizó su cobertura para dicha atención.

Los revisores de QIO deberán:

- Revise detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud de segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Te devolvemos el dinero Nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le dijimos que su cobertura terminaría.
- Nosotros proporcionaremos cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO rechaza **su** apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar su tratamiento y no la cambiarán.
- Te entregan una carta que te indica qué puedes hacer si deseas continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Un juez administrativo o un abogado adjudicador se encarga de las apelaciones de nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de nivel 3, 4 y 5.

J. Llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare.

Si usted presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2 para servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, es posible que tenga derecho a apelar en niveles adicionales.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que usted apeló no alcanza un monto mínimo, no podrá continuar con el proceso de apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá continuar con el proceso. La carta que recibe de la IRO para su

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

apelación de Nivel 2 explica con quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de nivel 3

La tercera etapa del proceso de apelación es una audiencia ante un juez administrativo. La persona que toma la decisión es un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el juez administrativo o el abogado adjudicador da **su aprobación** a su apelación **,** tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable.

- 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 prestar el servicio en cuestión.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizarle o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez administrativo o del abogado adjudicador.
- Si el juez administrativo o el abogado encargado de la resolución de apelaciones **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que desestima su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con la siguiente etapa del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo aprueba **su** apelación de Nivel 4 o rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 que le sea favorable, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.



Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizarle o proporcionarle el servicio dentro de los 60 días naturales siguientes a la recepción de la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **no** o rechaza nuestra solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que desestima su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con la siguiente etapa del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará si puede pasar a la etapa 5 de apelación y qué pasos debe seguir.

Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información presentada, y decidirá **si la admite a trámite** o **la rechaza** . Esta es la decisión final. No existen otras instancias de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Adicional Apelaciones STAR+PLUS

También tiene más derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que podrían estar cubiertos por STAR+PLUS. Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación adicionales, puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo del HHS al 1-866-566-8989.

Si no está de acuerdo con la decisión tomada por el funcionario de Audiencias Imparciales, puede solicitar una Revisión Administrativa dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la decisión.

La carta que reciba de la División de Apelaciones de la HHSC le indicará qué debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

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 tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Si el valor del medicamento cuya apelación impugnó alcanza un determinado monto, podrá acceder a instancias superiores. 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.

Apelación de nivel 3

La tercera etapa del proceso de apelación es una audiencia ante un juez administrativo. La persona que toma la decisión es un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el juez administrativo o el abogado adjudicador dice **que sí** a su apelación **:**

- El proceso de apelación ha finalizado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) 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 apelaciones **rechaza** su apelación, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que desestima su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar con la siguiente etapa del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelación ha finalizado.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar 30 días naturales después de recibir la decisión.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Si el Ayuntamiento rechaza **su** apelación o si deniega la solicitud de revisión, es posible que el proceso de apelación no haya terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, es posible que pueda continuar con la siguiente etapa del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará si puede pasar a la etapa 5 de apelación y qué pasos debe seguir.

Apelación de nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información presentada, y decidirá **si la admite a trámite** o **la rechaza** . Esta es la decisión final. No existen otras instancias de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J. Cómo presentar una queja

K1. ¿Qué tipo de problemas deberían ser motivo de queja?

El proceso de quejas se utiliza únicamente para ciertos tipos de problemas, problemas como estos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se abordan mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• No estás satisfecho con la calidad de la atención recibida, como por ejemplo la que recibiste en el hospital.
Respetando su privacidad	• Piensas que alguien no respetó tu derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre ti.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos.	• Un profesional o miembro del personal sanitario fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal le trató mal. • Crees que te están excluyendo de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• No se puede acceder físicamente a los servicios e instalaciones de atención médica en el consultorio de un médico o proveedor de servicios de salud. • Su médico o proveedor de atención médica no proporciona un intérprete para el idioma que usted habla que no sea inglés (como el lenguaje de señas americano o el español). • Su proveedor no le ofrece otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tienes problemas para conseguir una cita o tienes que esperar demasiado tiempo para obtenerla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el personal de Servicios para Miembros u otro personal del plan le hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	• Crees que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.
Información que usted recibe de nosotros	• Crees que no te enviamos un aviso o una carta que deberías haber recibido. • Crees que la información escrita que te enviamos es demasiado difícil de entender.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Queja	Ejemplo
Puntualidad en relación con las decisiones o apelaciones sobre la cobertura.	• Crees que no cumplimos con los plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o para responder a tu apelación. • Usted piensa que, después de obtener una decisión favorable sobre la cobertura o la apelación, no cumplimos con los plazos para aprobar o brindarle el servicio o reembolsarle ciertos servicios médicos. • No crees que enviamos tu caso a la IRO a tiempo.

Existen diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna o externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y es revisada por este. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al:

- Servicios para miembros al 1-888-435-2850,
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),
- Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240,
- Organización de Mejora de la Calidad de Texas (Acentra) al 1-888-315-0636,
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-252-8263,
- Oficina del Defensor del Pueblo de Texas al 1-877-787-8999,
- Oficina del Defensor del Pueblo Estatal para el Cuidado a Largo Plazo de Texas al 1-800-252-2412, o
- Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica THMP de Texas al 1-800-255-1090.

El término legal para una “queja” es una **"queja."**

El término legal para “presentar una queja” es **“inscribir una reclamación”.**

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al <número de teléfono>. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja se refiere a un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que ocurrió el problema que desea denunciar.

- Si necesita hacer algo más, el servicio de atención al cliente le indicará qué hacer.
- También puede redactar su queja y enviárnosla. Si la presenta por escrito, le responderemos también por escrito.
- Puede presentar una queja interna personalmente o autorizar a un representante para que la presente en su nombre. Si considera que esperar una respuesta podría afectar seriamente su salud, puede solicitar una queja urgente. Para solicitarla, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente al presentar su queja. Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días naturales. Si su queja cumple con los requisitos para una tramitación urgente, le responderemos en un plazo de 24 horas.

El término legal para “Queja rápida” ***es* “reclamación acelerada”.**

Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, así lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días naturales. Si no podemos tomar una decisión en ese plazo porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le informaremos sobre el estado de su caso y el tiempo estimado para recibir una respuesta.
- Si presenta una queja porque le hemos denegado su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le asignaremos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque tardamos más de lo debido en tomar una decisión sobre la cobertura o en presentar una apelación, automáticamente le

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

asignaremos una "queja rápida" y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con su queja, total o parcialmente, se lo comunicaremos y le daremos nuestras razones. Respondemos independientemente de si estamos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Seguro médico del estado

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla directamente a Medicare. El formulario de quejas de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint . No es necesario presentar una queja ante Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare se toma en serio sus quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

ESTRELLA+PLUS

Una vez que haya completado el proceso de quejas del plan, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) llamando al número gratuito 1-866-566-8989. Si desea presentar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas
Equipo de Asistencia para la Gestión de la Atención Médica del Defensor del Pueblo
Apartado de correos 13247
Austin, TX 78711-3247

Si tiene acceso a Internet, puede presentar su queja en:
https://www.hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsman

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si considera que no ha recibido un trato justo. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidad o la asistencia

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr. Para obtener más información.

También puede ponerse en contacto con la oficina local de OCR en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles de la Región VI,
1301 Young Street , Suite 1169
, Dallas, TX 75202

Teléfono: 800-368-1019
TDD: 800-537-7697
Correo electrónico: OCRComplaints@hhs.gov

También puede tener derechos conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y a las Normas de Accesibilidad de Texas, reguladas por el Capítulo 469 del Código Gubernamental de Texas. Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas por correo electrónico a HHSCivilRightsOffice@hhsc.state.tx.us o por teléfono al 1-888-388-6332.

QIO

Cuando su queja se refiere a la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Puede presentar su queja ante la QIO y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la QIO, colaboraremos con ellos para resolverla.

La QIO es un grupo de 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. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* .

En Texas, la BFCC-QIO se llama Acentra. El número de teléfono de Acentra es 1-888-315-0636.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Capítulo 10: Finalización de su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo puede cancelar su membresía con nuestro plan y cuáles son sus opciones de cobertura médica después de abandonarlo. Si cancela su membresía, seguirá participando en los programas Medicare y STAR+PLUS siempre que cumpla con los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro* .

Tabla de contenido

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan 237

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 238

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y ..... STAR+PLUS por separado 239

C1. Sus servicios de Medicare 239

C2. Sus servicios STAR+PLUS 244

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su cobertura de miembro en nuestro plan 244

E. Otras situaciones en las que su membresía en nuestro plan finaliza 245

F. Normas que prohíben solicitarle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud 246

G. ..... Su derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 246

H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su plan Miembros hip 246

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

A. Cuándo puedes finalizar tu membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su afiliación en ciertas épocas del año. Dado que usted cuenta con STAR+PLUS, tiene varias opciones para cancelar su afiliación con nuestro plan, incluyendo cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **período de inscripción abierta** , que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
    - El **período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)** , que se extiende del 1 de enero al 31 de marzo, también aplica a los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan, desde el mes en que tienen derecho a las Partes A y B hasta el último día del tercer mes de elegibilidad. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que usted sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- te mudas fuera de nuestra área de servicio,
- Su elegibilidad para STAR+PLUS o Ayuda Adicional cambió, **o**
- Si te has mudado recientemente, estás recibiendo atención médica en un centro de enfermería o en un hospital de cuidados a largo plazo, o te acabas de mudar de uno.

Su afiliación a Medicare finaliza el último día del mes en que recibimos su solicitud para abandonar nuestro plan, y su nueva cobertura de Medicare comienza el primer día del mes siguiente. La fecha de finalización de su afiliación a STAR+PLUS con nuestro plan y la fecha de inicio de su afiliación a STAR+PLUS con el nuevo plan dependen de si recibimos su solicitud antes o después de la fecha límite de inscripción de STAR+PLUS. Nota: La fecha límite de inscripción de STAR+PLUS la establece HHSC y cambia cada mes, pero generalmente es a mediados de mes.

Por ejemplo : usted solicita cambiar su plan en marzo.

Su cobertura de Medicare con nuestro plan finalizará el 31 de marzo y su nueva cobertura de Medicare comenzará el 1 de abril.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Si recibimos su solicitud ***antes*** de la fecha límite de inscripción de STAR+PLUS, su cobertura STAR+PLUS con nuestro plan también finalizará el 31 de marzo, y su nueva cobertura STAR+PLUS comenzará el 1 de abril.
- Si recibimos su solicitud ***después de*** la fecha límite de inscripción de STAR+PLUS, su nueva cobertura STAR+PLUS con nuestro plan finalizará el 30 de abril y comenzará el 1 de mayo.

Si abandona nuestro plan, podrá obtener información sobre su:

Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1** .
Servicios STAR+PLUS en **la Sección C2** .

Para obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, puede llamar al siguiente número:

- Servicios para miembros: 1-833-276-+8306 (usuarios de TTY, llamen al 711)
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),
- Programa de Asistencia de Seguros de Salud del Estado de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240,
- Organización de Mejora de la Calidad de Texas (Acentra) al 1-888-315-0636,
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-252-8263,
- Oficina del Defensor del Pueblo de Texas al 1-877-787-8999,
- Oficina del Defensor del Pueblo Estatal para el Cuidado a Largo Plazo de Texas al 1-800-252-2412, o
- Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica THMP de Texas al 1-800-255-1090.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede hacerlo inscribiéndose en otro plan de Medicare o cambiando a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare por separado, debe solicitar la baja de nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar la baja:

Puede enviarnos su solicitud por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente llamando al número que aparece al final de esta página.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Las personas que usan TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Al llamar al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare al dejar nuestro plan en la tabla de la página 216.

Si desea cambiar su plan STAR+PLUS, llame al agente de inscripción de Texas, MAXIMUS, al 800-964-2777 o al 1-877-782-6440. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora central), de lunes a viernes. **La sección C** a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo cual también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y STAR+PLUS por separado

Si decide abandonar nuestro plan, tendrá opciones para recibir sus servicios de Medicare y STAR+PLUS.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare, que se detallan a continuación, durante cualquier mes del año. Además, dispone de una opción adicional durante ciertas épocas del año, como el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** , u otras situaciones descritas en **la Sección A.** Al elegir una de estas opciones, su membresía en nuestro plan finaliza automáticamente.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

1. Puedes cambiar a: **Otro plan que ofrece su Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios STAR+PLUS en un solo plan. Si elige otro plan de Medicare que también le brinde los beneficios de STAR+PLUS, su plan STAR+PLUS cambiará automáticamente al mismo plan que le brinda dichos beneficios. No necesita hacer nada para que esto suceda.** **O** **Puede inscribirse en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE, por sus siglas en inglés). PACE está disponible en los condados de Potter, Randall, El Paso y Lubbock. Si decide inscribirse en PACE, los beneficios incluyen, entre otros, todos los servicios cubiertos por Medicaid y Medicare, incluidos los medicamentos recetados. Debe recibir todos los servicios de atención médica necesarios, incluidos los de atención primaria y los de médicos especialistas (excepto los de emergencia), de la organización PACE o de una entidad autorizada por esta.** **Para obtener más información sobre PACE, llame al Programa PACE de Texas al 1-512-487-3450.**	**Esto es lo que hay que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre la inscripción y las políticas del programa PACE, puede comunicarse con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) al 512-487-3450. Este número lo conecta con la Unidad de Políticas de Servicios Comunitarios, que supervisa las operaciones de PACE en Texas. Si necesita ayuda o más información: Llame al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora central). En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP). Para obtener más información o encontrar una oficina del Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP) en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare **O** Inscríbase en un plan que le brinde Medicare y la mayoría o la totalidad de sus

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	beneficios y servicios STAR+PLUS en un solo plan. Si te inscribes en un nuevo plan, se te dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura de tu nuevo plan.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

2. Puedes cambiar a: **Medicare original con un plan de medicamentos de Medicare independiente.** **Si decide cambiarse a Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. No necesita hacer nada para que esto suceda.**	**Esto es lo que hay que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: Llame al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora central). En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP). Para obtener más información o encontrar una oficina del Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP) en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare . **O** Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Cuando comience su cobertura de Medicare Original, se le dará de baja automáticamente de nuestro plan, pero seguirá inscrito en nuestro plan STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No es necesario que realice ninguna gestión para que esto ocurra.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

3. Puedes cambiar a: **Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare separado si tiene una razón válida para darse de baja.** **Si decide cambiarse a Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. No necesita hacer nada para que esto suceda.** **NOTA :** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le indique a Medicare que no desea participar. Solo debe cancelar su cobertura de medicamentos si ya la tiene a través de otra fuente, como su empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (hora central). En Texas, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento e Información de Salud de Texas (HICAP). Para obtener más información o encontrar una oficina del Programa de Asesoramiento e Información de Salud de Texas (HICAP) en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare .	**Esto es lo que hay que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: Llame al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora central). En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP). Para obtener más información o encontrar una oficina del Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP) en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare Cuando comience su cobertura de Medicare Original, se le dará de baja automáticamente de nuestro plan , pero seguirá inscrito en nuestro plan STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No necesita hacer nada para que esto suceda.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

4. Puedes cambiar a: **Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertas épocas del año, incluido el Período **de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en **la Sección A.** Si elige otro plan de Medicare que también le brinde los beneficios de STAR+PLUS durante ciertas épocas del año, su plan STAR+PLUS cambiará automáticamente al mismo plan que le brinda dichos beneficios. No necesita hacer nada para que esto suceda. Si decide inscribirse en cualquier otro plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage (MAP) o Medicare Original, durante ciertas épocas del año, su plan STAR+PLUS permanecerá sin cambios. En este caso, si desea cambiar su plan STAR+PLUS, puede hacerlo en cualquier momento comunicándose con el Agente de Inscripción de Texas al 1-877-782-6440 o TTY: 711, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora central), de lunes a viernes.	**Esto es lo que hay que hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre la inscripción y las políticas del programa PACE, puede comunicarse con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) al 512-487-3450. Este número lo conecta con la Unidad de Políticas de Servicios Comunitarios, que supervisa las operaciones de PACE en Texas. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora central). En Texas, el SHIP se llama Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP). Para obtener más información o encontrar una oficina del Programa de Información, Asesoramiento y Defensa de la Salud de Texas (HICAP) en su área, visite www.hhs.texas.gov/services/health/medicare . **O** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

	Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, se le dará de baja automáticamente de nuestro plan de Medicare. Si elige otro plan de Medicare que también le brinde los beneficios de STAR+PLUS, no necesita hacer nada para que su plan STAR+PLUS se sincronice automáticamente con su nuevo plan de Medicare. Si decide inscribirse en cualquier otro plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage (MAP) o Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. Si desea cambiar su plan STAR+PLUS, puede hacerlo en cualquier momento comunicándose con el Agente de Inscripción de Texas al 800-964-2777 o al TTY: 711, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora central), de lunes a viernes.

C2. Sus servicios STAR+PLUS

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios STAR+PLUS después de dejar nuestro plan, llame al Agente de Inscripción de Texas al 800-964-2777, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora central), de lunes a viernes. Pregunte cómo afecta la incorporación a otro plan o el regreso a Medicare Original a la forma en que obtiene su cobertura STAR+PLUS.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan.

Si abandona nuestro plan, es posible que transcurra un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva membresía de Medicare y STAR+PLUS. Durante este

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

período, seguirá recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestra red de proveedores para recibir atención médica.
- Utilice nuestra red de farmacias, incluyendo nuestros servicios de farmacia por correo, para surtir sus recetas.
- Si usted es hospitalizado el día en que finaliza su membresía en Community DualCare Aligned (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que reciba el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan.

Estos son los casos en los que debemos dar por terminada su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Si ya no reúne los requisitos para STAR+PLUS, nuestro plan es para personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como para STAR+PLUS.
  - Si te mudas fuera de nuestra área de servicio.
  - Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si te mudas o realizas un viaje largo, llama al Servicio de Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que te mudas o al que viajas se encuentra dentro del área de cobertura de nuestro plan.
  - Si vas a la cárcel o prisión por un delito penal.
  - Si miente o retiene información sobre otros seguros que tenga para medicamentos.
  - Si no eres ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.
    - Para ser miembro de nuestro plan, debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un extranjero que cumpla con los requisitos.
    - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro por este motivo.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Debemos darte de baja si no cumples con este requisito.

Si pierde su elegibilidad para STAR+PLUS pero se espera que la recupere dentro de un *mes* , continuaremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por Community DualCare Aligned (HMO D-SNP). Cuando finalice su cobertura STAR+PLUS, no pagaremos por sus beneficios STAR+PLUS.

- Le ayudaremos a recuperar su elegibilidad para STAR+PLUS. Si recupera su elegibilidad para STAR+PLUS mientras aún está inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios de STAR+PLUS y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar STAR+PLUS en un plazo de un *mes,* lo daremos de baja de Community DualCare Aligned (HMO D-SNP) y lo transferiremos a Community DualCare Access (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad para STAR+PLUS después de haber sido dado de baja, deberá comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Podemos hacer que abandone nuestro plan por los siguientes motivos únicamente si primero obtenemos la autorización de Medicare y STAR+PLUS:

- Si nos proporciona intencionadamente información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta a su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted se comporta continuamente de una manera que resulta perturbadora y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica, Medicare podría solicitar al Inspector General que investigue su caso si cancelamos su membresía por este motivo.

F. Normas que prohíben solicitarle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud.

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le estamos pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo de salud, **llame a Medicare** al -1-800-MEDICARE (1800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1877-486-2048.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan.

Si cancelamos su membresía según nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una reclamación o queja sobre nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una queja, consulte **el Capítulo 9** de este *Manual del Miembro .*

H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía del plan

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cómo cancelar su membresía, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al número que aparece al final de esta página .

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro* .

Tabla de contenido

A. Aviso sobre las leyes 248

B. Aviso sobre no discriminación 248

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y STAR+PLUS como pagador de último recurso 248

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

A. Aviso sobre la ley s

Este *Manual del Miembro se rige por numerosas leyes* . Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si no están incluidas o explicadas en este *Manual* . Las principales leyes aplicables son las leyes federales relativas a los programas Medicare y STAR+PLUS. También pueden aplicarse otras leyes federales y estatales de Texas.

B. Aviso sobre no discriminación

No discriminamos ni tratamos a nadie de forma diferente 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, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, al -1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
Llame a su Oficina de Derechos Civiles local al 800-628-5115. Puede visitar: www.twc.texas.gov/programs/civil-rights .

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de salud o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y STAR+PLUS como pagador de último recurso

En ocasiones, otra persona debe pagar primero por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, si sufre un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo, el seguro o la compensación laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y de Texas relativas a la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica prestados a nuestros miembros.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que STAR+PLUS sea el pagador de último recurso.

Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave utilizados en este *Manual del Miembro,* junto con sus definiciones. Los términos se presentan en orden alfabético. Si no encuentra el término que busca o necesita más información que la que ofrece la definición, póngase en contacto con el Servicio de Atención al Miembro.

Actividades de la vida diaria (AVD): Las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez administrativo: Juez que revisa una apelación de nivel 3.

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP): Un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas.

Centro quirúrgico ambulatorio: Instalación que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se prevé que necesiten más de 24 horas de atención.

Apelación: Una forma de impugnar nuestra decisión si cree que cometimos un error. Puede solicitar que modifiquemos una decisión de cobertura presentando una apelación. **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* Explica los procedimientos de apelación, incluyendo cómo presentar una apelación.

Salud conductual: Un término general que se refiere a la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.

Producto biológico: Medicamento 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 pueden copiarse con exactitud, por lo que sus alternativas se denominan biosimilares. (Véase también «Producto biológico original» y «Biosimilar»).

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

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. (Véase «Biosimilares intercambiables»).

Medicamento de marca: Un medicamento fabricado y vendido por la empresa que lo produjo originalmente. Los medicamentos de marca contienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles hasta que expire la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura catastrófica: Esta es la etapa del programa de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos hasta fin de año. Usted comienza esta etapa cuando usted (u otras personas calificadas en su nombre) hayan gastado $2,400 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal encargada de Medicare. **El capítulo 2** de este *Manual para Miembros* explica cómo contactar con CMS.

Queja: Declaración escrita u oral en la que usted expresa un problema o inquietud sobre los servicios o la atención médica que recibe. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de su atención, nuestros proveedores de la red o nuestras farmacias asociadas. El término formal para “presentar una queja” es “reclamación”.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés): Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, logopedia *y evaluación del entorno domiciliario.*

Copago: *Una cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos servicios o medicamentos. Por ejemplo, podría pagar $2 o $5 por un servicio o un medicamento* .

Costo compartido: Cantidades que usted debe pagar cuando recibe ciertos servicios o medicamentos. Costo compartido incluye copagos.

Nivel de copago: Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos en la *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de*

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

medicamentos) 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.

Decisión sobre la cobertura: Una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios de salud. **El Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica cómo solicitar una decisión sobre su cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica, servicios y apoyos a largo plazo, suministros, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación en competencia cultural: Formación que proporciona instrucciones adicionales a nuestros profesionales sanitarios para ayudarles a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias, y así adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Tasa de participación en los costos diarios: Una tarifa que puede aplicarse cuando su médico le receta menos de un mes de suministro de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. La tarifa diaria de copago se calcula dividiendo el copago entre el número de días que dura un suministro mensual.

Aquí tienes un ejemplo: Supongamos que el copago de tu medicamento para un suministro mensual (30 días) es de $1.35. Esto significa que pagas menos de $0.05 al día. Si adquieres un suministro para siete días, tu pago diario será inferior a $0.05 multiplicado por siete días, lo que resulta en un pago total inferior a $0.35.

Baja: Proceso para finalizar su membresía en nuestro plan. La baja puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (por decisión ajena).

de Drogas (PGD): Un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos que se utilizan indebidamente con frecuencia.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos* . Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

medicamentos. Cada medicamento en la *Lista de Medicamentos* está en uno de <insertar número de niveles> niveles.

Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): Plan de salud que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para STAR+PLUS. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (EMD): Artículos que su médico le receta para usar en su hogar. Algunos ejemplos son sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital recetadas por un profesional para uso doméstico, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: Una emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona con conocimientos básicos de salud y medicina, cree tener síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo 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.

Atención de urgencias: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud mental.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Servicios excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Ayuda adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se conoce como Subsidio para personas de bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés).

Medicamento genérico: Un medicamento aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Generalmente es más económico y funciona igual de bien.

Queja: Cualquier reclamación que usted presente sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye quejas sobre la calidad de su atención o la calidad del servicio proporcionado por nuestro plan de salud.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC): La agencia estatal de Texas encargada del programa STAR+PLUS. **El capítulo 2** de este *Manual para Miembros* explica cómo contactar con la HHSC.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de servicios para ayudarle a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en conjunto para brindarle la atención que necesita.

Evaluación de riesgos para la salud (ERS): Revisión de su historial médico y su estado actual. Se utiliza para conocer su 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 (bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Hospicio: Un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido diagnosticada médicamente con una enfermedad terminal, lo que implica una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Un paciente inscrito con un pronóstico terminal tiene derecho a optar por cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitados brinda atención integral a la persona, incluyendo sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Estamos obligados a proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Facturación incorrecta/inapropiada: Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más de lo que le corresponde por los servicios prestados. Si recibe alguna factura que no comprende, llame a Atención al Cliente.

Como miembro del plan, usted solo paga los montos de copago del plan cuando recibe servicios que cubrimos. **No permitimos** que los proveedores le facturen más de esta cantidad.

Organización de revisión independiente (IRO): Una organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de nivel 2. No está vinculada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo. Su nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente** .

Etapa de cobertura inicial: Esta etapa precede al total de sus gastos en medicamentos de la Parte D de Medicare, que alcanza los $2,400. Esto incluye los montos que usted pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio para personas de bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, nosotros pagamos parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.

Paciente hospitalizado: Un término utilizado cuando Usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, aún podría ser considerado paciente ambulatorio en lugar de paciente hospitalizado, incluso si pasa la noche allí.

D-SNP integrado: Un plan para personas con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o la totalidad de los servicios STAR+PLUS bajo un único plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para STAR+PLUS. Estas personas se conocen como personas con doble elegibilidad y beneficios completos.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede sustituirse 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 ley de Texas.

***Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*):** Una lista de medicamentos con receta y de venta libre que cubrimos. Seleccionamos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* le indica si existen normas que deba seguir para obtener sus medicamentos. A veces, la *Lista de medicamentos* se denomina «formulario».

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): Los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una condición médica crónica. La mayoría de estos servicios le permiten permanecer en su hogar para que no tenga que ir a una residencia de ancianos u hospital. Los LTSS incluyen servicios comunitarios y residencias de ancianos.

Subsidio para personas de bajos ingresos (LIS): Consulte la sección “Ayuda adicional”.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Medicaid (o Asistencia Médica): Un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo, así como los costos médicos.

Necesario desde el punto de vista médico: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le evita tener que ingresar en un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos 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). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica a través de Medicare Original o un plan de atención administrada (consulte la sección "Plan de salud ").

Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Medicare Parte C” o “MA”, que ofrece planes MA a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Un consejo que revisa las apelaciones de nivel 4. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B.

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP): Un programa estructurado de cambio de comportamiento en materia de salud que proporciona capacitación en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos que dificultan el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Beneficiario de Medicare y Medicaid: Persona que reúne los requisitos para recibir la cobertura de Medicare y STAR+PLUS. A un beneficiario de Medicare y Medicaid también se le denomina "persona con doble elegibilidad".

Medicare Parte A: El programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios de hospitalización, atención en centros de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y cuidados paliativos que sean médicamente necesarios.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

Medicare Parte B: El programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Parte B también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Medicare Parte C: El programa Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, permite a las compañías de seguros de salud privadas ofrecer beneficios de Medicare a través de un plan MA.

Medicare Parte D: El programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Lo llamamos simplemente «Parte D». Medicare Parte D cubre medicamentos ambulatorios, vacunas y algunos suministros no cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B ni STAR+PLUS. Nuestro plan incluye Medicare Parte D.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. STAR+PLUS puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Gestión de la Terapia con Medicamentos (MTM): Un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas, disponible para personas que cumplen ciertos requisitos o 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. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona con Medicare y STAR+PLUS que califica para obtener 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) y HHSC.

***Manual del miembro* e información divulgativa:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo o recuadro, explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Servicios para miembros: Un departamento en nuestro plan Responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: Una farmacia que ha aceptado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Las llamamos "farmacias de la red" porque han acordado trabajar con nuestro



Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus recetas solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: El término «proveedor» se utiliza para referirnos a médicos, enfermeros y demás personas que le prestan servicios y cuidados. También incluye hospitales, agencias de atención médica a domicilio, clínicas y otros centros que le proporcionan servicios de salud, equipos médicos y apoyo a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y por el estado de Texas para prestar servicios de atención médica.
- Los denominamos "proveedores de la red" cuando aceptan trabajar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros ningún importe adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les denomina "proveedores del plan".

Residencia o centro de ancianos: Un lugar que proporciona cuidados a personas que no pueden recibirlos en su domicilio pero que no necesitan estar en un hospital.

Defensor del Pueblo: Una oficina en Texas que actúa como defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y ayudarle a comprender qué hacer. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Texas cuenta con dos oficinas del defensor del pueblo: la Oficina del Defensor del Pueblo del HHS y la Oficina del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo de Texas. Puede encontrar más información en **el Capítulo 2. y 9** de este *Manual del Miembro* .

Determinación de la organización: Nuestro plan realiza una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por ellos. Estas determinaciones se denominan "decisiones de cobertura". **El capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: Un producto biológico aprobado por la FDA que sirve de referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le denomina producto de referencia.

Medicare original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, los servicios están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de las cantidades que determina el Congreso.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

- Puedes acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare . El Medicare original consta de dos partes: Medicare Parte A (seguro hospitalario) y Medicare Parte B (seguro médico).
- El programa Medicare original está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no desea estar en nuestro plan, puede optar por Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha acordado colaborar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que se obtienen en -farmacias fuera de la red, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red: Un proveedor o centro que no es empleado, propiedad ni operado por nuestro plan y que no tiene contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. **El capítulo 3** de este *Manual del Miembro* explica qué son los proveedores o centros fuera de la red .

Gastos de bolsillo : El requisito de copago que deben asumir los miembros para pagar parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina gasto de bolsillo. Consulte la definición de «copago» más arriba.

Medicamentos de venta libre (OTC): Los medicamentos de venta libre son aquellos que una persona puede comprar sin necesidad de receta médica.

Parte A: Consulte “Medicare Parte A”.

Parte B: Consulte “Medicare Parte B”.

Parte C: Consulte “Medicare Parte C”.

Parte D: Consulte “Medicare Parte D”.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicare Parte D medicamentos”.

Información de salud personal (también llamada información de salud protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historial médico. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sobre sus derechos con respecto a ella.

Servicios preventivos: Atención sanitaria para prevenir enfermedades o detectarlas en una fase temprana, cuando es más probable que el tratamiento sea eficaz (por ejemplo, los

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Médico de atención primaria (MAP): El médico u otro profesional sanitario al que acude en primer lugar para la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención necesaria para mantenerse sano.

- También pueden hablar con otros médicos y profesionales de la salud sobre su atención médica y remitirle a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su médico de cabecera antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (AP): Es una autorización que debe obtener de nosotros antes de poder acceder a un servicio o medicamento específico, o de utilizar un proveedor fuera de la red. Nuestro plan podría no cubrir el servicio o medicamento si no obtiene la autorización previa.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red recibe autorización previa de nuestra parte.

- Los servicios cubiertos que requieren la autorización previa de nuestro plan están marcados en **el Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* .

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene autorización previa a través de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que requieren la autorización previa de nuestro plan están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las reglas están publicadas en nuestro sitio web .

Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE): Un programa que cubre conjuntamente los beneficios de Medicare y STAR+PLUS para personas de 55 años o más que necesitan un mayor nivel de atención para vivir en casa.

Prótesis y ortesis: Dispositivos médicos recetados por su médico u otro profesional de la salud, que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; prótesis de extremidades; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

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 y otros expertos en atención médica que contribuyen a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal financia a la QIO para que supervise y mejore la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual para Miembros* para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de medicamento que puede obtener. Podemos limitar la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

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 medicamentos cubiertos y beneficios. Esto incluye los montos de copago, medicamentos alternativos 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: Una remisión es la autorización de su médico de cabecera para consultar con un proveedor diferente. Si no obtiene dicha autorización, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para consultar con ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las remisiones en **los capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro* .

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que recibe para recuperarse de una enfermedad, accidente o cirugía mayor. Estos servicios incluyen rehabilitación hospitalaria, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar de residencia. Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente se trata del área donde puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Equipo de coordinación de servicios: Un equipo de coordinación de servicios puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que le ayudarán a

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

obtener la atención que necesita. Su equipo de coordinación de servicios también le ayudará a elaborar un plan de atención.

Coordinador de servicios: Una persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Plan de servicios: Un plan que detalla qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud mental y servicios y apoyos a largo plazo.

Participación en los costos: Es la parte de los gastos de atención médica que usted deberá pagar mensualmente antes de que sus beneficios entren en vigor. El monto de su participación en los costos varía según sus ingresos y recursos.

Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Un centro de enfermería que cuenta con el personal y el equipo necesarios para brindar atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

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 en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar un enfermero titulado o un médico.

Especialista: Un médico que proporciona atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo.

STAR+PLUS : Este es el nombre del programa de atención médica administrada de Medicaid de Texas para adultos con discapacidades o mayores de 65 años. STAR+PLUS es administrado por HHSC y financiado por el estado de Texas y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo, así como gastos médicos.

Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no cubre Medicare.
Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para STAR+PLUS.

Audiencia estatal: Si su médico u otro proveedor solicita un servicio STAR+PLUS que no aprobaremos, o si no continuaremos pagando un servicio STAR+PLUS que usted ya recibe,



Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se resuelve a su favor, debemos brindarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada: Una norma de cobertura que exige que pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que solicita.

Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI): El Seguro Social otorga una prestación mensual a personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna discapacidad, son ciegas o mayores de 65 años. Las prestaciones del SSI no son lo mismo que las del Seguro Social.

Atención de urgencia: Atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede acudir a ellos porque, debido a su tiempo, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y requiere servicios médicos inmediatos para una afección no visible, pero que no es una emergencia médica) .

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

del programa Community DualCare Aligned (HMO D-SNP)

Tipo	Detalles
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 departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas 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.
ESCRIBIR	Community Health Choice 4888 Loop Central Dr, Suite 600 Houston, TX 77081
SITIO WEB	www.communityhealthchoice.org/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

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

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 0938-1444. 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.

Si tiene preguntas , llame a DualCare Aligned (HMO D-SNP) al 1-833-276-8306 (usuarios de TTY, llamen al 711), 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información** , visite www.communityhealthchoice.org/medicare.

COMMUNITY DUALCARE ALIGNED (HMO D-SNP)
PLANES 003 & 005

2027
EVIDENCIA DE COBERTURA

Para los siguientes condados de Texas: Austin, Brazoria, Fort Bend, Galveston, Harris, Matagorda, Montgomery, Waller y Wharton.

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

Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 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

COMMUNITY HEALTH CHOICE

H9826_MK_10789_073026_C