



**MEDICARE
ADVANTAGE PLAN**
Member Handbook

MEMBER SERVICES (210) 358-6300
TOLL FREE 1-800-434-2347

Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP

Manual para Miembros

1 de Enero de 2021 - 31 de Diciembre de 2021

Su cobertura de Salud y Medicamentos bajo el plan Community First
Medicare Advantage y D-SNP (HMO)

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite communityfirstmedicare.com



Introducción al *Manual para miembros*

Este manual le informa sobre su cobertura bajo Community First Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (HMO) hasta el 31 de diciembre de 2021.

Algunos miembros pueden calificar para la cobertura bajo el Plan Estándar de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP), un Plan de Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (D-SNP) que es parte del Plan Medicare Advantage, diseñado para personas con ciertas condiciones o enfermedades, o aquellos con bajos ingresos. Este manual también informará a los miembros que califiquen sobre su cobertura bajo el Plan Estándar de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP) hasta el 31 de diciembre de 2021.

Este manual explica los servicios de atención médica, la cobertura de salud del comportamiento, la cobertura de medicamentos recetados y otros apoyos y servicios cubiertos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual para miembros.

Este es un documento importante. Por favor, guárdelo en un lugar seguro.

El plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) son ofrecidos por Community First Health Plans. Cuando este Manual para miembros dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Community First Health Plans. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Plan Community First Medicare Advantage o D-SNP (HMO)

ATENCIÓN: Si usted habla español, los servicios de asistencia gratuitos están a su disposición. Llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Si prefiere un formato alternativo, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

Actualizaremos su registro personal y mantendremos su idioma o formato preferido como una solicitud permanente. En el futuro, cuando llame a Servicios para Miembros, verificaremos esta información. Puede solicitarnos que lo actualicemos en cualquier momento.

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro	6
Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes	21
Capítulo 3: Uso de la cobertura del plan para su atención médica y otros servicios cubiertos	44
Capítulo 4: Cuadro de beneficios	65
Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan	160
Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare y Medicaid de Texas	183
Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos una factura que ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos	208
Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades	214
Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	230
Capítulo 10: Finalización de nuestra membresía en nuestro plan Medicare-Medicaid	283
Capítulo 11: Avisos legales	292
Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes	294

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com



Renuncias de responsabilidad

- ❖ La cobertura bajo el plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) es una cobertura de salud calificada llamada "cobertura esencial mínima". Cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- ❖ El plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) son planes de salud HMO con contrato con Medicare.
- ❖ Medicare debe aprobar el Plan Community First Medicare Advantage y el D-SNP (HMO) cada año. La inscripción en el plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) depende de la renovación del contrato.
- ❖ El plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Texas Medicaid para brindar beneficios de ambos programas a los afiliados.

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre el plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) y su membresía. También le indica qué esperar y qué otra información obtendrá del plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual para miembros.

Tabla de Contenido

A. Bienvenido al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO)	7
B. Información sobre Medicare y Medicaid	7
B1. Medicare	7
B2. Medicaid de Texas	8
C. Ventajas de estos planes	8
D. Área de servicio del plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO)	9
E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	10
E1. Community First Medicare Advantage con elegibilidad para el plan estándar de la Parte D (HMO)	10
E2. Elegibilidad para el plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP)	10
F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud?	11
G. Plan de atención individualizado	12
H. Prima mensual del plan Community First Medicare Advantage con la Parte D Standard Plan (HMO)..	12
I. Prima mensual del plan Community First Medicare Advantage D-SNP Standard (HMO D-SNP)..	13
J. El <i>manual para miembros</i>	15
K. Otra información que obtendrá de nosotros	15

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

K1. Su ID de Miembro	15
K2. <i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	16
K3. <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	17
K4. <i>Resumen de beneficios</i>	17
L. ¿Cómo mantener actualizado su registro de membresía?	18
L1. Privacidad de la información médica personal (PHI)	19

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

A. Bienvenido al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO)

El plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) son planes Medicare Advantage. Los planes Medicare Advantage combinan la Parte A y la Parte B para una cobertura integral que incluye cobertura dental, de la vista y de medicamentos recetados.

Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan para necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para brindar ayuda y apoyo adicionales a personas con bajos ingresos o determinadas afecciones.

Un plan Medicare Advantage es una organización formada por médicos, hospitales, farmacias, otros apoyos y servicios y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de atención y equipos de atención interdisciplinarios para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionar el cuidado que usted necesita.

Community First Health Plans fue establecido en 1995 por University Health System, para proporcionar cobertura de atención médica a los ciudadanos de Béjar y los siete condados circundantes. Como el único plan de salud sin fines de lucro administrado y de propiedad local en el área, nuestro compromiso con nuestros miembros es brindar excelentes beneficios de atención médica respaldados por un servicio excepcional, brindado por personas que viven aquí en el sur de Texas.

B. Información sobre Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas desde 65 años de edad,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, y
- personas con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal).

Medicare debe aprobar el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) cada año. Puede obtener servicios de Medicare a través de nuestro plan siempre que:

- ofrezcamos el plan en su condado, y
- Medicare y el estado de Texas aprueben el plan

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, su elegibilidad para los servicios de Medicare no cambiará.

B2. Medicaid de Texas

Texas Medicaid es un programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar apoyos, servicios y costos médicos. Cubre servicios extras y medicamentos que no cubre Medicare.

Cada estado tiene su propio programa de Medicaid y decide:

- lo que cuenta como ingresos y recursos,
- quién califica
- qué servicios están cubiertos y
- el costo de los servicios.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB): ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB +)).
- Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB +): ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Generalmente, las personas con QMB + también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid

Los estados pueden decidir cómo ejecutar sus programas, siempre que sigan las reglas federales.

C. Ventajas de estos planes

Ahora obtendrá todos los servicios cubiertos de Medicare del Plan Community First Medicare Advantage (HMO) o Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP), incluidos los medicamentos recetados. **No paga más para unirse a estos planes de salud.**

Algunas ventajas de estos planes incluyen:

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

- Tendrá un equipo de atención interdisciplinario (ICT por sus siglas en inglés) que usted ayudó a armar. Su ICT puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a obtener la atención que necesita.
- Tendrá un coordinador de atención . Esta es una persona que trabaja con usted, con el plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO), y con sus proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.
- Podrá dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de atención interdisciplinario y su Coordinador de atención.
- El equipo de atención interdisciplinaria (ICT) y el Coordinador de atención trabajarán con usted para elaborar un Plan de atención individualizado (ICP) diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud. El ICT se encargará de coordinar los servicios que necesite. Esto significa, por ejemplo:
 - Su ICT se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para que puedan reducir los efectos secundarios.
 - Su ICT se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores.

Nota: La coordinación de la atención, incluidos los coordinadores de la atención, los planes de atención individualizados y los equipos de atención interdisciplinarios son ventajas del plan disponibles para los miembros del plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO). Sin embargo, los miembros de Community First Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (HMO) deben solicitar específicamente estos servicios.

Para averiguar cómo solicitar la coordinación de la atención, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

D. Área de servicio del plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO)

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Atascosa, Bandera, Béjar, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina y Wilson

Solo las personas que viven en uno de estos condados en nuestra área de servicio pueden obtener el plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO).

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en este plan. Consulte el Capítulo 8, Sección I para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

E1. Community First Medicare Advantage con elegibilidad para el plan estándar de la Parte D (HMO)

Usted es elegible para Community First Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (HMO) siempre que:

- usted viva en nuestra área de servicio, **y**
- tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B, **y**
- sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en los Estados Unidos

E2. Elegibilidad para el plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP)

Usted es elegible para el plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP) siempre que:

- usted viva en nuestra área de servicio, **y**
- tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B, **y**
- sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en los Estados Unidos, **y**
- cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación

Requisitos especiales de elegibilidad

El plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP) está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Para obtener más información sobre Medicaid, consulte la Sección B2 de este capítulo). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y la asistencia total de costos compartidos de Medicaid.

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

Tenga en cuenta: si pierde su elegibilidad, pero es razonable esperar que recupere la elegibilidad dentro de los seis meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan.

F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud?

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, recibirá una evaluación de riesgos de salud dentro de los primeros 90 días.

Una enfermera de evaluación del plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) se comunicará con usted por teléfono o mediante su método de contacto preferido para realizar su evaluación de riesgos de salud (HRA). La enfermera de evaluación puede completar la evaluación en más de una sesión para adaptarse a las preferencias o habilidades del miembro.

La HRA:

- Ayudará a identificar a los miembros con las necesidades más urgentes
- Será una parte importante de la coordinación de la atención del miembro
- Ayudará a crear un plan de atención individualizado (ICP) para miembros calificados
- Evaluará las necesidades médicas, psicosociales, cognitivas, de salud mental y funcionales del miembro.
- Se puede hacer fuera del ciclo si el miembro lo solicita o experimenta un cambio significativo en la condición o situación, como un nuevo diagnóstico o una condición agravada, pérdida del cuidador o vivienda

Además de recopilar información y evaluar el estado y las necesidades del miembro, el proceso de la HRA es un paso importante en la construcción de una relación con el miembro. Las HRA se llevan a cabo de manera reflexiva y teniendo en cuenta al miembro.

Si el plan Community First Medicare Advantage y el D-SNP (HMO) son nuevos para usted, puede seguir viendo a los médicos a los que va ahora durante 90 días o hasta que finalice la nueva evaluación de riesgos para la salud.

Después de 90 días para la mayoría de los servicios, pero seis meses para los servicios y apoyos a largo plazo, deberá consultar a médicos y otros proveedores en la red Community First Medicare Advantage Plan y D-SNP (HMO). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Consulte el Capítulo 3, Sección A para obtener más información sobre cómo recibir atención.

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite communityfirstmedicare.com

G. Plan de atención individualizado

Después de su evaluación de riesgos para la salud, su equipo de atención interdisciplinario (ICT) se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que necesita y desea. Los miembros recibirán un Plan de atención individualizado (ICP), también conocido como Plan de atención. El ICP es el plan para los servicios que recibe y cómo los obtendrá. Juntos, usted y su equipo de coordinación de la atención formarán su ICP.

Su ICP consta de lo siguiente:

- Problemas de salud, objetivos e intervenciones específicos de los miembros que abordan problemas descubiertos durante la HRA y / o cualquier interacción del equipo
- Resultados de laboratorio, farmacia, departamento de emergencias y datos de reclamos hospitalarios
- Un resumen de las metas personales del miembro
- Una identificación de las barreras para la atención o para cumplir con los objetivos y planes del miembro sobre cómo abordarlos
- Un cronograma para el seguimiento futuro y las actualizaciones del equipo de atención

Cada año, su ICT trabajará con usted para actualizar su ICP si necesita y desea cambiar los servicios de salud.

Nota: La coordinación de la atención, incluidos los coordinadores de la atención, los planes de atención individualizados, y los equipos de atención interdisciplinarios son ventajas del plan disponibles para los miembros del plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO). Sin embargo, los miembros de Community First Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (HMO) deben solicitar específicamente estos servicios.

Para solicitar un plan de atención individualizado, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

H. Prima mensual del plan Community First Medicare Advantage con la Parte D Standard Plan (HMO)

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

Los miembros de Community First Medicare Advantage con el plan estándar de la Parte D (HMO) no pagan una prima mensual del plan por separado. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor. Éstos se mencionan a continuación:

- Algunos miembros deben pagar una multa por inscripción tardía porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más cuando no conservaron una cobertura para medicamentos con receta acreditable. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.
 - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.
 - La Evidencia de Cobertura de Community First Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (HMO) explica la multa por inscripción tardía de la Parte D con más detalle. Puede ver la Evidencia de cobertura en www.communityfirstmedicare.com.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA, porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de cierto monto, en su impuesto del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima.
 - La Evidencia de Cobertura de Community First Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (HMO) explica el IRMAA con más detalle. Puede ver la Evidencia de cobertura en www.communityfirstmedicare.com.

I. Prima mensual del plan Community First Medicare Advantage D-SNP Standard (HMO D-SNP)

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite communityfirstmedicare.com

Los miembros de Community First Medicare Advantage con el plan estándar de la Parte D (HMO) no pagan una prima mensual del plan por separado. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor. Éstos se mencionan a continuación:

- Algunos miembros deben pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más cuando no conservaron una cobertura para medicamentos con receta acreditable. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.
 - Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.
 - La Evidencia de Cobertura del Plan Estándar D-SNP de Community First Medicare Advantage (HMO D-SNP) explica la multa por inscripción tardía de la Parte D con más detalle. Puede ver la Evidencia de cobertura en www.communityfirstmedicare.com.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA, porque, hace 2 años, tenían un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de cierto monto, en su impuesto del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima.
 - La Evidencia de Cobertura del Plan Estándar D-SNP de Community First Medicare Advantage (HMO D-SNP) explica IRMAA con más detalle. Puede ver la Evidencia de cobertura en www.communityfirstmedicare.com.

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite communityfirstmedicare.com

J. El Manual Para Miembros

Este *Manual Para Miembros* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, es posible que pueda apelar o impugnar nuestra acción. Para obtener información sobre cómo apelar, consulte el Capítulo 9 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual Para Miembros* llamando a Servicios para miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). También puede ver el Manual para miembros en www.communityfirstmedicare.com o descargarlo de este sitio web.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en el Plan Community First Medicare Advantage (HMO) entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

K. Otra información que obtendrá de nosotros

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación de miembro de Community First Medicare Advantage Plan y D-SNP (HMO), información sobre cómo acceder al Directorio de proveedores y farmacias e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*.

K1. Su ID de miembro

Mientras sea miembro de Community First Medicare Advantage con el plan estándar de la Parte D (HMO) o del plan estándar de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP), debe mostrar su tarjeta de membresía cuando reciba cualquier servicio o receta. Aquí hay una tarjeta de membresía de muestra para mostrarle cómo se verá la suya:

COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS	MEDICARE D-SNP H5447-002
Name: John M. Doe	Primary Care Physician: Provider Name MD
Member ID: AD000000000000	PCP Phone Number: 001-234-5678
Group No: A0012345678	PCP Effective Date: 01/01/2021
Policy Effective Date: 01/01/2021	Rx BIN: 610602 Rx PCN: NVTD Rx GRP: CFD002
Navitus Health Solutions H544_102000003_C	MedicareRx Prescription Drug Coverage

In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.	En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir cuidado, llame a su PCP dentro de 24 horas o lo antes posible.
Member Services: (7 days a week from 8:00 a.m. to 8:00 p.m.) Local 210-358-6386 • Toll Free 1-833-434-2347 TTY 1-800-390-1175 (24 hours a day/7 days a week)	Servicios para Miembros: (7 días a la semana desde 8:00 a.m. a 8:00 p.m.) Local 210-358-6386 • Línea gratis 1-833-434-2347 TTY 1-800-390-1175 (24 horas al día/7 días a la semana)
Behavioral Health Mental Crisis Hotline (Toll-Free): 1-877-221-2226 (24 hours/7 days a week)	Línea de crisis de Salud Mental (gratis): 1-877-221-2226 (24 horas al día/7 días a la semana)
Nurse Advice Line: (24 hours/7 days a week) Local 210-358-6386 • Toll Free 1-800-434-2347 Website: communityfirstmedicare.com	Línea de consejos de enfermeras: (24 horas al día/7 días a la semana) Local 210-358-6386 • Línea gratis 1-800-434-2347 Sitio web: communityfirstmedicare.com
FOR PROVIDERS Notice to Hospitals and Other Providers: All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Please call CFP within 24 hours or (210) 358-6050 or fax to (210) 358-6940. Pharmacy Help Desk: 1-866-270-3877 Non-participating providers must obtain prior authorization on all services, except for emergency care. Submit professional/other claims to: Community First Health Plans - Claims PO Box 853927, Richardson, TX 75085-3927	

Si es miembro del plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP), también debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid.

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite communityfirstmedicare.com

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no es necesario que use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro de Community First Medicare Advantage Plan o D-SNP (HMO), el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted puede recibir una factura. Consulte el Capítulo 7, Sección A para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

K2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red Community First Medicare Advantage Plan y D-SNP (HMO). Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. Existen algunas excepciones cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* llamando a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). También puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias en www.communityfirstmedicare.com o descargarlo de este sitio web.

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores actuales de la red, como profesionales de la salud, hospitales y otros apoyos y servicios a los que puede ver / tener acceso como miembro del Plan Community First Medicare Advantage o D-SNP (HMO). También enumera las farmacias de la red actual que puede usar para obtener sus medicamentos recetados.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de la red incluyen:
 - Médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que brindan servicios de salud en nuestro plan y;
 - Agencias de atención médica en el hogar, proveedores de equipos médicos duraderos (DME) y otros que brindan bienes y servicios que obtiene a través de Medicare o Medicaid de Texas.

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

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias (droguerías) que han acordado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Use el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red que desea usar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan lo ayude a pagarlas.

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana) para obtener más información. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el Plan Community First Medicare Advantage y el sitio web de D-SNP (HMO) pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias y proveedores de nuestra red.

K3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Lo llamamos "Lista de medicamentos" o "Formulario" para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO).

Nota: Para los miembros de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP), algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid además de los medicamentos cubiertos por la Parte D.

La lista de medicamentos también le informa si existen reglas o restricciones sobre algún medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el Capítulo 5, Sección C para obtener más información sobre estas reglas y restricciones.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la lista de medicamentos, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite www.communityfirstmedicare.com o llame al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

K4. Resumen de beneficios

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se llama *Explicación de beneficios (o EOB)*.

La EOB le informa la cantidad total que usted, u otras personas en su nombre, han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la cantidad total que hemos pagado por cada uno de sus

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Puede hablar con su médico sobre estas opciones de menor costo. El Capítulo 6, Sección A, brinda más información sobre la EOB y cómo puede ayudarle a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Una EOB también está disponible cuando la solicita. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

L. ¿Cómo mantener actualizado su registro de membresía?

Puede mantener actualizado su registro de membresía informándonos cuando cambia su información.

Los proveedores y las farmacias de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos obtiene y cuánto le costarán.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber lo siguiente:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o la compensación de trabajadores
- Cualquier reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- Admisión a un hogar de ancianos u hospital
- Atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Cambios en quién es su cuidador (o cualquier persona responsable de usted)
- Usted es parte o se convierte en parte de un estudio de investigación clínica

Si cambia alguna información, háganoslo saber llamando a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

L1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. Nos aseguramos de que su PHI esté protegida. Para obtener más información sobre cómo protegemos su PHI, consulte el Capítulo 8, Sección C.

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre el plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) y sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su Coordinador de atención y otras personas que puedan defenderlo en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Tabla de Contenido

A. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO)	3
A1. Cuando comunicarse con Servicios para miembros.....	3
B. Cómo comunicarse con su Coordinador de Cuidados.....	6
B1. Cómo comunicarse con su Coordinador Cuidados	7
C. Cómo ponerse en contacto con la línea telefónica de consejos de enfermeras	8
C1. Cómo ponerse en contacto con la línea de consejos de enfermeras.....	8
D. Cómo comunicarse con la línea de crisis de salud conductual y abuso de sustancias	8
D1. Cómo comunicarse con la línea de crisis de salud conductual y abuso de sustancias.....	9
E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)	9
E1. Cuando contactar a HICAP.....	10
F. Cómo comunicarse con la organización para las mejoras de calidad (QIO)	10
F1. Cuando contactar con KEPRO	11
G. Cómo comunicarse con Medicare.....	11
H. Cómo comunicarse con Medicaid de Texas	12

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.communityfirstmedicare.com



- I. Cómo comunicarse con la oficina del defensor del pueblo de la HHSC 14
- J. Cómo comunicarse con el Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo de Texas 14
- K. Otros recursos..... 15
 - K1. Proveedores de planes..... 16
 - K2. Recursos comunitarios para asistencia 17

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



A. Cómo comunicarse con Servicios para Miembros del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO)

LLAME AL	<p>1-833-434-2347</p> <p>De 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Hora central.</p> <p>Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratis.</p> <p>Para servicios de emergencia, marque 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan español.</p>
TTY	<p>1-800-390-1175</p> <p>24 horas al día, 7 días a la semana. Esta llamada es gratis.</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p>
FAX	210-358-6408 o 210-358-6049
ESCRIBA	<p>Plan Community First Medicare Advantage</p> <p>12238 Silicon Drive, Suite 100</p> <p>San Antonio, TX 78249</p>
CORREO ELECTRÓNICO	www.communityfirstmedicare.com
SITIO WEB	www.communityfirstmedicare.com

A1. Cuando comunicarse con Servicios para miembros

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamaciones, facturación o tarjetas de identificación de miembro
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión de cobertura sobre su atención médica es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos, ○

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- Apelaciones sobre su atención médica
 - Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección D.
- Quejas sobre su atención médica
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. También puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que recibió ante nosotros o ante la Organización para la mejora de la calidad (consulte la Sección F *a continuación Cómo comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad (QIO)*)
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior *Apelaciones sobre su atención médica*).
 - Puede enviar una queja sobre Community First Medicare Advantage con el Plan estándar de la Parte D (HMO) o el Plan estándar de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9, Sección J.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos, ○

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.
- Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D, medicamentos recetados de Medicaid y medicamentos de venta libre de Medicaid.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Secciones E y F.
- **Apelaciones sobre sus medicamentos**
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Secciones E y F.
- **Quejas sobre sus medicamentos**
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos recetados.
 - Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior *Apelaciones sobre sus medicamentos*).
 - Puede enviar una queja sobre Community First Medicare Advantage con el Plan estándar de la Parte D (HMO) o el Plan estándar de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP) directamente a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 9, Sección J.
- **Pago de atención médica o medicamentos que ya pagó**
 - Para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió, consulte el Capítulo 7, Sección A.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, Sección E, para obtener más información sobre las apelaciones.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



B. Cómo comunicarse con su Coordinador de Cuidados

¿Qué es un Coordinador de Cuidados?

Su Coordinador de Cuidados trabaja con usted, su familia o cuidador, su proveedor de atención primaria y otros proveedores para ayudarlo a obtener la atención médica y otros servicios y apoyos que necesita.

Su Coordinador de Cuidados:

- Determina sus necesidades en cuidado de salud
- Desarrolla un plan de atención que se actualice con la frecuencia necesaria
- Coordina sus servicios de salud
- Da seguimiento a su progreso a lo largo del tiempo o cambios en su condición
- Ayuda con el acceso a programas comunitarios
- Ayuda a ordenar equipos y suministros especiales

¿Cómo puedo conseguir un Coordinador de Cuidados?

A los miembros del plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP) se les asignará automáticamente un coordinador de atención. Los miembros de Community First Medicare Advantage con el plan estándar de la Parte D (HMO) pueden solicitar un coordinador de atención comunicándose con Servicios para miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

¿Cómo puedo comunicarme con mi Coordinador de Cuidados o cambiarlo?

Puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados o cambiarlo llamando a Servicios para Miembros.

Tiene derecho a cambiar su Coordinador de Cuidados en cualquier momento.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



LLAME AL	<p>1-833-434-2347 Esta llamada es gratuita.</p> <p>De 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Hora Central.</p> <p>Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan español.</p>
TTY	<p>1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratis.</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p>
FAX	210-358-6040
ESCRIBA	<p>Plan Community First Medicare Advantage</p> <p>12238 Silicon Drive, Suite 100</p> <p>San Antonio, TX 78249</p>
SITIO WEB	www.communityfirstmedicare.com

B1. Cómo comunicarse con su Coordinador Cuidados

- Tiene preguntas sobre su salud
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual, transporte y otros servicios y apoyos

Puede ser elegible para recibir apoyos y servicios adicionales. Su proveedor puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados, quien puede evaluar si usted es elegible para esos servicios.

A veces, puede obtener ayuda con su atención médica diaria y sus necesidades de vida. Es posible que pueda obtener estos servicios:

- Cuidados de enfermería especializada
- Terapia física
- Terapia ocupacional

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Terapia del Habla
- Servicios sociales médicos
- Atención médica en casa

C. Cómo ponerse en contacto con la línea telefónica de consejos de enfermeras

El plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) tiene una línea de consejos de enfermeras disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año para ayudarlo a obtener la atención que necesita.

LLAME AL	1-800-434-2347, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratis. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan español.
TTY	(TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). Esta llamada es gratis. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

C1. Cómo ponerse en contacto con la línea de consejos de enfermeras

- Tiene preguntas sobre su salud

D. Cómo comunicarse con la línea de crisis de salud conductual y abuso de sustancias

Llame sin cargo para hablar con alguien si necesita ayuda de inmediato. No necesita una remisión para servicios de salud mental o abuso de sustancias. Para servicios de emergencia, marque 9-1-1 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



LLAME AL	<p>1-877-221-2226, las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratis.</p> <p>Esta línea telefónica cuenta con personal capacitado.</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan español.</p>
TTY	<p>1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratis.</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p>

D1. Cómo comunicarse con la línea de crisis de salud conductual y abuso de sustancias

- Preguntas sobre los servicios de salud conductual
- Preguntas sobre los servicios de tratamiento por abuso de sustancias

E. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare. En Texas, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa de información médica de Texas (HICAP).

HICAP no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	<p>1-800-735-2989</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



LLAME AL	1-800-252-9240
ESCRIBA	Programa de Asesoramiento y Defensa de la Información de Salud de Texas (HICAP) Apartado de correos 149104 Austin, TX 78714-9104
CORREO ELECTRÓNICO	info@shiptacenter.org
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

E1. Cuando contactar a HICAP

- Preguntas sobre su seguro médico de Medicare
 - Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas sobre el cambio a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - entender sus derechos,
 - comprender sus opciones de planes,
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y
 - solucionar problemas con sus facturas.

F. Cómo comunicarse con la organización para las mejoras de calidad (QIO)

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



LLAME AL	888-315-0636 Días laborables de 9 am a 5 pm Fines de semana y días festivos de 11 am a 3 pm
TTY	855-843-4776 Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.keproqio.com/bene/statepages/texas/

F1. Cuando contactar con KEPRO

- Tiene preguntas sobre su salud
 - Puede presentar una queja sobre la atención que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención,
 - cree que su estadía en el hospital está terminando demasiado pronto, ○
 - cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

G. Cómo comunicarse con Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



LLAME AL	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
TTY	<p>1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.</p>
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria e instalaciones de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado seleccionando "Formularios, ayuda y recursos" y luego haciendo clic en "Números de teléfono y sitios web".</p> <p>El sitio web de Medicare tiene la siguiente herramienta para ayudarlo a encontrar planes en su área:</p> <p>Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Seleccione "Buscar planes".</p> <p>Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas de la tercera edad puede ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O puede llamar a Medicare al número de arriba y decirles lo que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán.</p>

H. Cómo comunicarse con Medicaid de Texas

Texas Medicaid ayuda con los servicios médicos y a largo plazo y apoya los costos para personas con ingresos y recursos limitados.

Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB): ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB +)).
- Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB +): ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Generalmente, las personas con QMB + también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid.
- Beneficiario específico de Medicare de bajos ingresos (SLMB): ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB +).)
- Beneficiario específico de Medicare Plus de bajos ingresos (SLMB +): ayuda a pagar las primas de la Parte B. Gen
- Persona calificada (QI): ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- Individuos discapacitados y trabajadores calificados (QDWI): ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Servicios Humanos y de Salud de Texas.

LLAME AL	Línea directa para clientes 1-800-335-8957
TTY	1-800-735-2989 o 7-1-1 Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	Texas Health and Human Services P. O. Box 149024 Austin, Texas 78714-9024
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



I. Cómo comunicarse con la oficina del defensor del pueblo de la HHSC

La Oficina del defensor del pueblo de la HHSC trabaja como defensora en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a comprender qué hacer. La Oficina del defensor del pueblo de la HHSC también ayuda a las personas inscritas en Medicaid de Texas con problemas de servicio o facturación. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. La Oficina del defensor del pueblo de la HHSC es un programa independiente y sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-877-787-8999 De lunes a viernes de 8 am a 5 pm
TTY	7-1-1 Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	HHS Oficina del defensor del pueblo (Office of the Ombudsman) P. O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/about-hhs/your-rights/office-ombudsman

J. Cómo comunicarse con el Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo de Texas

El defensor del pueblo de cuidados a largo plazo de Texas es un programa de defensor del pueblo que ayuda a las personas a aprender sobre los asilos de ancianos y otros entornos de cuidados a largo plazo. También ayuda a resolver problemas entre estos entornos y los residentes o sus familias.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



LLAME AL	1-800-252-2412 De lunes a viernes de 8 am a 5 pm
TTY	7-1-1 Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	Para los condados de Atascosa, Bandera, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina y Wilson: Oficina del Defensor del Pueblo del Estado para la Atención a Largo Plazo c / o Agencia del Área sobre el Envejecimiento de Álamo 8700 Tesoro Drive, Suite 160 San Antonio, TX 78217 Para el condado de Bexar: Oficina del Defensor del Pueblo del Estado para la Atención a Largo Plazo c / o Agencia de Área para el Envejecimiento del Condado de Béjar 8700 Tesoro Drive, Suite 160 San Antonio, TX 78217
CORREO ELECTRÓNICO	lrc.ombudsman@hhsc.state.tx.us
SITIO WEB	https://apps.hhs.texas.gov/news_info/ombudsman/

K. Otros recursos

Se alienta a los miembros del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) a que se comuniquen con Servicios para Miembros cuando necesiten ayuda para encontrar recursos adicionales disponibles para usted.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



A continuación, también encontrará una lista de otros recursos que pueden beneficiarlo.

K1. Proveedores de planes

Los miembros del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) deben comunicarse con Servicios para Miembros para obtener información sobre sus beneficios de la vista, farmacia y medicamentos de venta libre. También puede utilizar la siguiente información de contacto para obtener ayuda.

Servicios de la Visión

Envolve Benefit Options es el proveedor de servicios oftalmológicos del plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO).

LLAME AL	1-800-334-3937
SITIO WEB	https://visionbenefits.envolvehealth.com/locate/all/search

Farmacia

Navitus Health Solutions es el proveedor de farmacia del plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO).

LLAME AL	1-844-268-9789
SITIO WEB	https://www.navitus.com/

Medicamentos de venta libre

Incomm Healthcare es el proveedor de medicamentos de venta libre para el plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO).

LLAME AL	888-682-2400
SITIO WEB	http://www.otcnetwork.com/

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



K2. Recursos comunitarios para asistencia

Los recursos adicionales de referencia y asistencia incluyen los siguientes:

Seguridad social

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

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

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

LLAME AL	<p>1-800-772-1213 Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 7 am a 7 pm</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778 Esta llamada es gratuita.</p> <p>De lunes a viernes de 7 am a 7 pm</p> <p>Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.</p>
SITIO WEB	<p>www.ssa.gov</p>

Programa de ayuda adicional de Medicare

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para la "Ayuda adicional". Algunas personas califican automáticamente para la "Ayuda adicional" y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para la "Ayuda adicional".

Usted podría recibir "Ayuda Adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si califica para recibir "Ayuda adicional" o si cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, comuníquese con Medicare, la Oficina del Seguro Social (consulte la Sección G, de este capítulo), o la oficina de Medicaid de su estado (consulte la Sección H, de este capítulo).

Programa de Descuentos de la Etapa sin Cobertura de Medicare

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante de los medicamentos de marca a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo "Ayuda adicional".

Si alcanza el período sin cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento proporcionado.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para Miembros.

Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos recetados según la necesidad económica, la edad, la afección médica o las discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es Texas Drug Card.

LLAME AL	855-469-8979
ESCRIBA	https://texasdrugcard.com/contact
SITIO WEB	https://texasdrugcard.com/

Programa de asistencia con medicamentos para el SIDA (ADAP)

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH / SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que les salvan la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costo compartido de medicamentos recetados. El Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) es el ADAP de su estado.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en Texas, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y estado de no asegurado / con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en ADAP, puede continuar brindándole asistencia para el costo compartido de recetas médicas de la Parte D de Medicare para los medicamentos del formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el THMP.

LLAME AL	1-800-255-1090 De lunes a viernes de 8 am a 5 pm
CORREO ELECTRÓNICO	hivstd@dshs.texas.gov
SITIO WEB	http://adap.directory/texas

Junta de jubilación ferroviaria

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Si recibe su Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



LLAME AL	1-877-772-5772 Esta llamada es gratuita Si presiona “0”, puede hablar con un representante de 9 am a 3:30 pm, los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 am a 12 pm, los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada e información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Esta llamada no es gratuita. Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
SITIO WEB	https://rrb.gov/

2-1-1 Texas

2-1-1 Texas es un programa de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas comprometido a ayudar a los ciudadanos de Texas a conectarse con los servicios que necesitan.

LLAME AL	2-1-1 o 877-541-7905, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
SITIO WEB	www.211texas.org

Colaborativo de salud del condado de Béjar

Bexar County Health Collaborative trabaja con las familias de la comunidad para identificar y abordar sus necesidades, conectándose con ellas en el hogar, la iglesia, los centros comunitarios o en cualquier lugar donde se sientan seguros.

LLAME AL	210-481-2573
SITIO WEB	www.growhealthytogether.com

Agencia de Envejecimiento del Área de Béjar

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Bexar Area Agency on Aging, que sirve a la ciudad de San Antonio y el condado de Béjar, se dedica a construir una comunidad que apoye a los residentes mayores y les permita envejecer en su lugar con dignidad, seguridad y una mejor calidad de vida.

LLAME AL	866-231-4922
SITIO WEB	www.aacog.com/65/Alamo-Area-Agency-on-Aging

Agencia para el envejecimiento del área de Álamo

Alamo Area Agency on Aging, que presta servicios a 12 condados rurales: Atascosa, Bandera, Comal, Frio, Gillespie, Guadalupe, Karnes, Kendall, Kerr, McMullen, Medina y Wilson, se dedica a construir una comunidad que apoye a los residentes mayores y les permita envejecer en un lugar con dignidad, seguridad y una mejor calidad de vida.

LLAME AL	866-231-4922
SITIO WEB	www.aacog.com/65/Alamo-Area-Agency-on-Aging

Departamento de Servicios Humanos de San Antonio, División de Servicios para Personas Mayores

La División de Servicios para Personas Mayores del Departamento de Servicios Humanos de San Antonio ayuda a la comunidad multigeneracional de personas mayores de San Antonio a llevar una vida activa, independiente y comprometida a través de una nutrición integral, bienestar, educación y más.

LLAME AL	210-207-8198
SITIO WEB	www.sanantonio.gov/humanservices/SeniorServices

Banco de Alimentos de San Antonio

San Antonio Food Bank sirve una de las áreas de servicio más grandes en el suroeste de Texas y se enfoca en combatir el hambre y brindar a las personas los recursos que necesitan para ser autosuficientes en el futuro.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



LLAME AL	210-337-3663
SITIO WEB	www.safoodbank.org

Programa Nacional de Alcance para Veteranos

Brinda asistencia de vivienda, servicios de apoyo, asesoramiento e intervención en crisis para veteranos.

LLAME AL	210-223-4088
SITIO WEB	https://www.agif-nvop.org/

Meals on Wheels San Antonio

Comidas a domicilio, información nutricional, asesores dietéticos y más.

LLAME AL	210-735-5115
SITIO WEB	https://www.mowsatx.org/

Asociación de Alzheimer de San Antonio y el sur de Texas

Grupos de apoyo de Alzheimer y otra información.

LLAME AL	Línea de ayuda 24/7 800-272-3900
SITIO WEB	https://www.alz.org/sanantonio

Asociación Estadounidense del Pulmón

Asistencia para dejar de fumar.

LLAME AL	1-800-586-4872
SITIO WEB	https://www.lung.org/

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Asociación Estadounidense de Lucha contra el Cáncer

Grupos de apoyo, educación sobre el cáncer, transporte (transporte hasta el tratamiento del cáncer) y alojamiento temporal durante el tratamiento.

LLAME AL	800-227-2345
SITIO WEB	https://www.cancer.org/

Programa de alcance familiar del hogar de niños metodistas: Programa de abuelos como padres (GAP)

Servicios para abuelos y otros parientes cuidadores que cuidan a niños en ausencia de los padres.

LLAME AL	210-733-3904
SITIO WEB	https://www.mch.org/services/gap/

Asistencia para personas mayores del noreste (NESA)

Transporte a citas médicas, dentales y oftalmológicas en San Antonio.

LLAME AL	210-967-6372
SITIO WEB	http://www.neseniorassistance.org/

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



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

Introducción

Este capítulo contiene términos y reglas específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos con el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO). También le informa sobre su Coordinador de atención, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y, en determinadas circunstancias especiales (incluso de proveedores fuera de la red o farmacias), qué hacer cuando se le factura directamente por servicios cubiertos por nuestro plan y las reglas para poseer equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Tabla de Contenido

A. Información sobre "servicios", "servicios cubiertos", "proveedores" y "proveedores de la red"	3
B. Reglas para obtener su atención médica, salud conductual y otros servicios y apoyos cubiertos por el plan	3
C. Información sobre su coordinador de atención	5
C1. Qué es un coordinador de atención.....	5
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de atención.....	5
C3. Cómo puede cambiar de coordinador de atención.....	5
C4. Qué puede hacer un coordinador de atención por usted	5
D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red, proveedores fuera de la red y cómo cambiar de plan de salud.....	6
D1. Atención de un proveedor de atención primaria.....	6
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	9
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan	9
D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.....	10

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



D5. Cómo cambiar de plan de salud	11
E. Cómo obtener servicios de salud conductual	11
F. Cómo obtener servicios de transporte	11
G. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención o durante un desastre	12
G1. Cuidado cuando tiene una emergencia médica	12
G2. Atención de urgencia	14
G3. Cuidado durante un desastre	15
H. Qué hacer si se le factura directamente por los servicios cubiertos por nuestro plan	15
H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	16
I. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica	16
I1. Definición de un estudio de investigación clínica	16
I2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	17
I3. Aprender más sobre estudios de investigación clínica	17
J. Cómo se cubren sus servicios de atención médica cuando recibe atención en una institución religiosa no médica para la atención de la salud	18
J1. Definición de institución religiosa no médica para el cuidado de la salud	18
J2. Recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud	18
K. Equipo médico duradero (DME)	19
K1. DME como miembro de nuestro plan	19
K2. Propiedad de DME cuando se cambia a Medicare Original	19
K3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	20
K4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Medicare Original	20

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



A. Información sobre "servicios", "servicios cubiertos", "proveedores" y "proveedores de la red"

Los servicios son atención médica, servicios y apoyos, suministros, salud del comportamiento, medicamentos recetados y de venta libre, equipos y otros servicios. Los servicios cubiertos son cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica y los servicios y apoyos a largo plazo cubiertos se enumeran en el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Los proveedores son médicos, enfermeras y otras personas que le brindan servicios y atención. El término proveedores también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le brindan servicios de atención médica, equipo médico y servicios y apoyos a largo plazo.

Los proveedores de la red son proveedores que trabajan con el plan de salud. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, generalmente no paga nada o no paga su parte del costo por los servicios cubiertos.

B. Reglas para obtener su atención médica, salud conductual y otros servicios y apoyos cubiertos por el plan

Como plan de salud de Medicare, el Plan Estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

El Plan Estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP) también debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare **y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare.**

El Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) generalmente pagarán la atención médica y los servicios que reciba si sigue las reglas del plan. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención que reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que debe incluirse en el Cuadro de beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el Capítulo 4, Sección D de este manual).
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa razonable y necesario para prevenir o tratar enfermedades o condiciones de salud o discapacidades. Esto incluye la atención que le impide ingresar a un hospital o asilo

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



de ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- Debe tener un **Proveedor de Cuidado Primario (PCP)** de la red que haya ordenado la atención o le haya dicho que consulte a otro médico. Como miembro del plan, debe elegir un proveedor de la red para que sea su PCP.
 - En algunos casos, nuestro plan debe darle aprobación antes de que pueda ver a alguien que no sea su PCP o usar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama **referencia**. Si no obtiene la aprobación, es posible que el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) no cubran los servicios. No necesita una remisión para ver a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer.
 - No necesita una derivación de su PCP para recibir atención de emergencia o atención de urgencia o para consultar a un proveedor de atención médica para mujeres. Puede obtener otros tipos de atención sin tener una remisión de su PCP.
 - **Nota:** En sus primeros 90 días con nuestro plan, puede continuar viendo a sus proveedores actuales, sin costo alguno, si no son parte de nuestra red. Durante los 90 días, nuestro coordinador de atención se comunicará con los Miembros del Plan Estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP) para ayudarlo a encontrar proveedores en nuestra red. (Nota: los miembros de Community First Medicare Advantage con el plan estándar de la Parte D (HMO) deben solicitar que un coordinador de atención se comuniquen con ellos si desean recibir servicios de coordinación de la atención). Después de 90 días, ya no cubriremos su atención si continúa consultando a proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir atención de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá la atención de un proveedor que no trabaje con el plan de salud. A continuación, se muestran algunos casos en los que esta regla no se aplica:
 - El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia proporcionada por un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa atención de emergencia o atención de urgencia, consulte la Sección I.
 - Si necesita atención que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden brindarle, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización previa del plan antes de buscar atención. En esta situación, cubriremos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan por un período breve. Puede obtener estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
 - Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir viendo a los proveedores que ve ahora durante al menos 90 días.

C. Información sobre su coordinador de atención

A los Miembros del Plan Estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP) se les asigna un coordinador de tarjetas al momento de la inscripción.

Nota: los Miembros del Plan Estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) deben solicitar que un coordinador de atención se comunique con ellos si desean recibir servicios de coordinación de la atención.

C1. Qué es un Coordinador de Cuidados

Su Coordinador de atención realiza evaluaciones, incluida la Evaluación de riesgos de salud (HRA) para identificar las necesidades, preocupaciones y prioridades de los miembros. Su Coordinador de atención también forma parte de un Equipo de atención interdisciplinario (ICT) más grande que lo incluye a usted, su proveedor de atención primaria, especialistas clave y otros participantes solicitados o aprobados por el miembro, como familiares, cuidadores, amigos y vecinos.

C2. Cómo puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados

Puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados llamando al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

C3. Cómo puede cambiar de Coordinador de Cuidados

Puede comunicarse con su coordinador de atención llamando al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

C4. Qué puede hacer un Coordinador de Cuidados por usted

Su Coordinador de Cuidados:

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Evaluará sus necesidades de atención médica mediante la Evaluación de riesgos para la salud (HRA)
- Desarrollará un plan de atención individualizado (ICP) que se actualice con la frecuencia necesaria
- Coordinará sus servicios de atención médica con su equipo de atención interdisciplinario (TIC)
- Dará seguimiento a su progreso a lo largo del tiempo o cambios en su condición
- Ayudará con el acceso a programas comunitarios
- Ayudará a ordenar equipos y suministros especiales

D. Atención de proveedores de atención primaria, especialistas, otros proveedores de la red, proveedores fuera de la red y cómo cambiar de plan de salud.

D1. Atención de un Proveedor de Cuidado Primario

Debe elegir un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para que le brinde y administre su atención.

¿Qué es un PCP?

Un Proveedor de Cuidado Primario también se conoce como PCP. Un PCP es un médico dentro de la red que usted selecciona y brinda sus servicios cubiertos.

¿Qué tipo de proveedores pueden ser un PCP?

Los tipos de proveedores que generalmente son PCP incluyen:

- Práctica general
- Medicina Familiar
- Medicina Interna

¿Cuál es la función de mi PCP?

Su relación con su PCP es importante porque su PCP es responsable de:

- sus necesidades de atención médica de rutina
- coordinar todos sus servicios cubiertos

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- mantener sus registros médicos
- garantizar la continuidad de la atención

Si necesita una cita con un especialista de la red u otro proveedor de la red que no sea su PCP, debe hablar con su PCP primero.

¿Cómo elijo a mi PCP?

Cuando se inscribe en el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO), selecciona un PCP del Directorio de proveedores.

Para obtener una copia del Directorio de proveedores del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) más reciente, o para obtener ayuda para seleccionar un PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. También puede visitar www.communityfirstmedicare.com para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red.

Si no selecciona un PCP en el momento de la inscripción, el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) pueden elegir uno por usted.

Opción para cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de nuestro plan. Podemos ayudarlo a encontrar un nuevo PCP si el que tiene ahora deja nuestra red.

Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

Si el PCP acepta miembros adicionales, el cambio de PCP entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) que muestra este cambio.

Servicios que puede recibir sin obtener primero la aprobación de su PCP

En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP antes de consultar a otros proveedores. A esto se le llama remisión. Puede obtener servicios como los que se enumeran a continuación sin obtener primero la aprobación de su PCP:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.
- Atención necesaria de urgencia de proveedores de la red.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Atención de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no puede llegar a proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan)
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan. (Llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarlo a recibir diálisis mientras está fuera).
- Vacunas contra la gripe de un proveedor de la red.
- Servicios de planificación familiar y atención médica de rutina para mujeres. Esto incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Suministros para diabéticos y zapatos terapéuticos o plantillas de un proveedor de la red.
- Servicios quiroprácticos de un proveedor de la red.
- Visitas a un especialista dentro de la red de un proveedor de la red.
- Servicios de salud mental y / o psiquiátricos de un proveedor de la red.
- Servicios de podología de un proveedor de la red.
- Servicios del programa de tratamiento con opioides de un proveedor de la red
- Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios de un proveedor de la red
- Servicios de sangre para pacientes ambulatorios de un proveedor de la red
- Su examen de salud anual de un proveedor de la red
- Beneficios complementarios cubiertos, como nuestros programas de salud y acondicionamiento físico
- Servicios preventivos y educativos cubiertos por Medicare.
- Servicios dentales preventivos e integrales de un proveedor de la red.
- Exámenes de la vista y anteojos de un proveedor de la red.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Exámenes de audición y equipos auditivos de un proveedor de la red.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas de huesos, articulaciones o músculos.

Algunos cuidados de especialistas y otros proveedores de la red pueden requerir una aprobación avanzada (también denominada “autorización previa”) del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) para estar cubiertos. Obtener la autorización previa es responsabilidad de su PCP o proveedor tratante.

Pregúntele a su PCP o comuníquese con Servicios para Miembros para asegurarse de que los servicios que brindará un especialista sean un beneficio cubierto. Ni el plan ni Medicare pagarán los servicios, suministros, tratamientos, cirugías y / o terapias con medicamentos para servicios especializados cuando se requiera una autorización, pero no se obtuvo del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO), excepto servicios de emergencia, servicios de urgencia, diálisis fuera del área y servicios de atención de pos estabilización, o cuando tenga una autorización previa para un proveedor fuera de la red.

Consulte el Directorio de Proveedores para obtener una lista de los especialistas del plan disponibles a través de su red. El Directorio de Proveedores está disponible en línea en www.communityfirstmedicare.com.

D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro plan

Un proveedor de la red que está utilizando podría dejar nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarles acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para asegurarnos, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención no se está administrando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.

Si descubre que uno de sus proveedores abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención que cubre su Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO), pero nuestros proveedores de la red no pueden brindarle, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener una autorización previa del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) antes de buscar atención. En esta situación, cubriremos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección D.

El Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) también cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

La atención que recibe de cualquier otro proveedor fuera de la red, a menos que la atención cumpla con una de las tres excepciones que se describen a continuación:

- ayuda médica de urgencia,
- servicios de urgencia, y
- cuidado durante un desastre

Consulte la Sección I de este capítulo para obtener más información sobre estas excepciones.

Si acude a un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare y / o Medicaid de Texas.

- No podemos pagar a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare y / o Medicaid de Texas.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

D5. Cómo cambiar de plan de salud

Puede cambiar su plan de salud. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección A. También puede obtener ayuda de los siguientes recursos:

- Llame a MAXIMUS al 1-877-782-6440, de 8 am a 6 pm, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) al 1-800-252-3439.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

E. Cómo obtener servicios de salud conductual

Los servicios de salud conductual, incluido el apoyo para la salud mental y el abuso de sustancias, están disponibles para todos los miembros del Plan Community First Medicare Advantage (HMO). Un coordinador de servicios trabajará con usted y su (s) médico (s) para identificar qué servicios puede necesitar.

Los miembros también pueden llamar a la línea directa de salud conductual y abuso de sustancias al 1-877-221-2226, las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta línea telefónica cuenta con personal capacitado. Llame sin cargo para hablar con alguien si necesita ayuda de inmediato. Si necesita servicios de emergencia, llame al 9-1-1.

Si tiene otras preguntas relacionadas con los servicios de salud conductual, llame al plan Community First Medicare Advantage (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

F. Cómo obtener servicios de transporte

El plan ofrece servicios de transporte para miembros. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



G. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención o durante un desastre

G1. Cuidado cuando tiene una emergencia médica

Definición de emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesiones graves. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina puede esperar que resulte en:

- riesgo grave para su salud o la de su feto; ○
- daño grave a las funciones corporales; ○
- una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo, ○
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto.
 - un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para la de su feto.

Qué hacer si tiene una emergencia médica

Si tiene una emergencia médica,

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** es necesario que primero obtenga una aprobación o una remisión de su PCP.
- **Informe al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) sobre su emergencia lo antes posible.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). Sin embargo, no tendrá que pagar por los servicios de emergencia debido a una demora en informarnos.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

El Plan Estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) cubre la atención de emergencia en cualquier parte del mundo.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



El Plan Estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) cubre la atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos y sus territorios.

La atención de emergencia cubierta incluye:

- servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud
- atención de seguimiento después de que termine la emergencia para asegurarse de que su condición continúe estable
 - Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia. Esos médicos nos informarán cuando haya pasado su emergencia médica.

NOTA: Si los miembros del Plan Estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) reciben servicios de emergencia o de urgencia fuera de los Estados Unidos o sus territorios, generalmente se le pedirá que pague la factura en el momento en que reciba los servicios. Los miembros deben seguir los siguientes pasos para recibir el reembolso:

- Solicite una factura o recibo detallado que muestre los servicios específicos que se le brindaron.
- Envíe una copia de la factura detallada o un recibo detallado a CFHP para devolverle el dinero.
- Debe estar preparado para ayudarnos a obtener cualquier información adicional necesaria para procesar adecuadamente su solicitud de reembolso, incluidos los registros médicos.

El transporte de regreso a Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos preprogramados y / o electivos tampoco están cubiertos.

Se puede encontrar información adicional sobre emergencias que ocurren fuera de los Estados Unidos en el Capítulo 4, Sección D.

Definición de pos-estabilización

Los servicios de atención de pos-estabilización son servicios que mantienen estable su condición después de recibir atención médica de emergencia.

Una vez que haya pasado la emergencia, es posible que necesite atención de seguimiento para asegurarse de que se recupere. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento. Si recibe atención

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores de la red se encarguen de su atención lo antes posible.

Qué hacer si tiene una emergencia de salud conductual

Comuníquese con la línea directa de salud conductual y abuso de sustancias al 1-877-221-2226, las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta línea telefónica cuenta con personal capacitado. Llame para hablar con alguien si necesita ayuda de inmediato.

Si necesita servicios de emergencia, llame al 9-1-1.

Recibir atención de emergencia si no fue una emergencia

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Puede acudir para recibir atención de emergencia y pedirle al médico que le diga que no fue realmente una emergencia. Siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos su atención adicional solo si:

- acude a un proveedor de la red, **o**
- la atención adicional que recibe se considera “atención de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir esta atención. (Consulte la siguiente sección).

G2. Atención de urgencia

Definición de atención de urgencia

La atención de urgencia es la atención que recibe por una enfermedad, lesión o afección repentina que no es una emergencia pero que necesita atención de inmediato. Por ejemplo, es posible que tenga un brote de una afección existente y necesite tratamiento.

Atención de urgencia cuando se encuentra en el área de servicio del plan

En la mayoría de las situaciones, cubriremos la atención de urgencia solo si:

- recibe esta atención de un proveedor de la red, **y**
- sigue las otras reglas descritas en este capítulo.

Sin embargo, si no puede acudir a un proveedor de la red, cubriremos la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Para obtener información sobre cómo acceder a los centros de atención de urgencia, llame al Plan Community First Medicare Advantage (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). También puede consultar su Directorio de Proveedores o acceder a él en línea en www.communityfirstmedicare.com para obtener una lista de los centros de atención de urgencia de la red.

Atención de urgencia cuando se encuentra en el área de servicio del plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubrirá la atención de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

El Plan Estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) cubre la atención de urgencia en cualquier parte del mundo, incluido el transporte de emergencia en ambulancia al centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a Estados Unidos desde otro país no está cubierto. Los procedimientos preprogramados y / o electivos tampoco están cubiertos.

El Plan Estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) cubre la atención de emergencia en cualquier lugar de los Estados Unidos y sus territorios.

G3. Cuidado durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir atención del Plan Community First Medicare Advantage y D- SNP (HMO).

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre declarado: www.communityfirstmedicare.com.

Durante un desastre declarado, si no puede utilizar un proveedor de la red, le permitiremos recibir atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre declarado, podrá surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A para obtener más información.

H. Qué hacer si se le factura directamente por los servicios cubiertos por nuestro plan

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla al plan, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte de la factura.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



No debe pagar la factura usted mismo. Si lo hace, es posible que el plan no pueda reembolsarle el dinero.

Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, Sección A, para obtener más información sobre qué hacer.

H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

El Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) cubre todos los servicios:

- que son médicamente necesarios, **y**
- que se enumeran en el Cuadro de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Sección D), **y**
- que obtiene siguiendo las reglas del plan.

Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, **debe pagar el costo total usted mismo.**

Si desea saber si pagaremos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El capítulo 9, sección E explica qué hacer si desea que el plan cubra un artículo o servicio médico. También le informa cómo apelar la decisión de cobertura del plan. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagaremos algunos servicios hasta cierto límite. Si supera el límite, tendrá que pagar el costo total para obtener más de ese tipo de servicio. Llame a Servicios para Miembros para averiguar cuáles son los límites y qué tan cerca está de alcanzarlos.

I. Cobertura de servicios de atención médica cuando participa en un estudio de investigación clínica

I1. 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 tipos de atención médica o medicamentos. Piden voluntarios para ayudar con el estudio. Este tipo de estudio ayuda a los médicos a decidir si un nuevo tipo de atención médica o medicamento funciona y si es seguro.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que desea participar, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y verá si califica para participar. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con las condiciones requeridas. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras esté en el estudio, puede permanecer inscrito en nuestro plan. De esa manera, continuará recibiendo atención de nuestro plan no relacionada con el estudio.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que el plan o el PCP lo aprueben. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio no necesitan ser proveedores de la red.

Debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica. Si planea participar en un estudio de investigación clínica, usted o su coordinador de servicios deben comunicarse con Servicios al Miembro para informarnos que participará en un ensayo clínico.

I2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no pagará nada por los servicios cubiertos por el estudio y Medicare pagará los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina asociados con su atención. Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Lo anterior incluye:

- Alojamiento y comida para una estadía en el hospital 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 los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

Si forma parte de un estudio que Medicare **no ha aprobado**, deberá pagar los costos de participar en el estudio.

I3. Aprender más sobre estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo “Medicare y estudios de investigación clínica” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También 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 deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



J. Cómo se cubren sus servicios de atención médica cuando recibe atención en una institución religiosa no médica para la atención de la salud

J1. Definición de institución religiosa no médica para el cuidado de la salud

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

Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio es solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de atención de la salud no médicos). Medicare solo pagará los servicios de atención de la salud no médicos proporcionados por instituciones religiosas de atención de la salud no médicas.

J2. Recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud

Para recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que diga que está en contra de recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- El tratamiento médico "no exceptuado" es cualquier atención que sea voluntaria y no sea requerida por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico "exceptuado" es cualquier atención que no sea voluntaria y sea requerida por las leyes federales, estatales o locales.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicará la siguiente condición:
 - Debe tener una afección médica que le permita obtener servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Debe obtener la aprobación de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o su estadía no estará cubierta.

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

K. Equipo médico duradero (DME)

K1. DME como miembro de nuestro plan

DME significa ciertos artículos solicitados por un proveedor para su uso en su propio hogar. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos generadores del habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Siempre tendrá ciertos artículos, como prótesis.

En esta sección, discutimos el DME que debe alquilar. Como miembro del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO), por lo general no tendrá DME, sin importar cuánto tiempo lo alquile. En determinadas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a Servicios para Miembros para conocer los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar.

Nuestro plan pagará algunos equipos médicos duraderos (DME) y productos que normalmente se encuentran en una farmacia. El Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) paga por nebulizadores, suministros para ostomía y otros suministros y equipos cubiertos si son médicamente necesarios. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información sobre estos beneficios.

K2. Propiedad de DME cuando se cambia a Medicare Original

En el programa Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME lo poseen después de 13 meses.

Nota: Puede encontrar definiciones de Original Medicare en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre Medicare Original en el manual *Medicare y usted 2021*. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



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

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos del plan Original Medicare no cuentan para los pagos que debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Tendrá que realizar 13 nuevos pagos seguidos según Original Medicare o una serie de nuevos pagos seguidos establecidos por el plan Medicare Advantage para ser propietario del artículo DME.
- No hay excepciones a esto cuando regresa a Original Medicare

K3. Beneficios del equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega 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 al propietario cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si abandona nuestro plan.

K4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Medicare Original

Cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **abandone nuestro plan y se cambie 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 enumerados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses:**

- su proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- su proveedor debe proporcionar equipo y suministros de oxígeno por hasta 5 años si es médicamente necesario.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- su proveedor ya no tiene que proporcionarlo y usted puede optar por obtener el equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- comienza un nuevo período de 5 años.
- alquilará a un proveedor durante 36 meses.
- su proveedor debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- un nuevo ciclo comienza cada 5 años siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO), cualquier restricción o límite en esos servicios y cuánto pagará por cada servicio cubierto. También le informa sobre los beneficios que no cubre nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Nota: Community First Health Plans proporciona la cobertura requerida y las flexibilidades permitidas para los afiliados del plan mientras están sujetos a una declaración de emergencia de salud pública resultante de la pandemia de COVID-19 para todo o parte del año de contrato 2021. Los afiliados que tengan preguntas relacionadas con el alcance de las coberturas y las flexibilidades requeridas por COVID-19 pueden comunicarse con Servicios para Miembros para recibir más detalles. Los beneficios de COVID-19 dependen de la duración de la emergencia de salud pública, que puede durar o no la duración del año completo del contrato.

Tabla de Contenido

A. Sus servicios cubiertos y lo que usted deberá pagar.....	2
A1. Límite de lo que usted deberá pagar	2
B. Reglas contra proveedores cobrándole por sus servicios.....	3
C. Tabla de beneficios de nuestro plan	3
D. Tabla de beneficios del plan estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO).....	6
E. Tabla de beneficios del plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP).....	46
F. Beneficios cubiertos fuera del plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO)	87
G. Beneficios no cubiertos por Community First Medicare Advantage Plan y D-SNP (HMO), Medicare o Texas Medicaid	93

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



www.communityfirstmedicare.com.

A. Sus servicios cubiertos y lo que usted deberá pagar

En este capítulo se explica cuáles servicios paga el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO). También dice cuánto paga usted por cada servicio. También sabrá cuáles servicios no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos está en el Capítulo 5, Sección A. En este capítulo también se explica los límites que tienen algunos servicios.

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

- Un “copago” es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico.
- El “coseguro” es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento de recibir el servicio médico.

Si necesita ayuda para comprender cuáles servicios están cubiertos, llame a su Coordinador de Cuidado y/o Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

Nota: La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que le están pidiendo que pague de manera incorrecta, comuníquese con Servicios para Miembros.

A1. Límite a sus costos de bolsillo

Debido a que está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Community First Medicare Advantage con el plan estándar de la Parte D (HMO), lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en 2021 es \$7,550.

- Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.
- Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D y los suyos no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.
- Si llega al monto máximo de \$7,550 de costos que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo para el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Como miembro del plan estándar Community First Medicare D-SNP (HMO-DSNP), lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en 2021 es \$7,550.

- Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.
- Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D y los suyos no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.
 - Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con una "X" en el Cuadro de beneficios médicos.
- Si alcanza el monto máximo de bolsillo de \$7,550, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por la cobertura.
 - No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

NOTA: Debido a que los miembros del Plan Estándar Community First Medicare D-SNP (HMO D-SNP) también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros de este plan alcanzan este desembolso máximo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios

No permitimos que los proveedores del plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) le facturen los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debe recibir una factura de un proveedor por los servicios cubiertos. Si es así, consulte el Capítulo 7, Sección A, o llame a Servicios para Miembros.

C. Tabla de beneficios de nuestro plan

La tabla de beneficios en la Sección D le indica qué servicios paga **Community First Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (HMO)**.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



La tabla de beneficios en la Sección E le indica qué servicios paga el **Plan Estándar D-SNP de Community First Medicare (HMO D-SNP)**.

Ambas tablas enumeran las categorías de servicios en orden alfabético y explican los servicios cubiertos.

Pagaremos los servicios enumerados en la Tabla de beneficios solo cuando se cumplan las siguientes reglas.

- Sus servicios cubiertos por Medicare y Texas Medicaid deben proporcionarse de acuerdo con las reglas establecidas por Medicare y Texas Medicaid.
- Los servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que le impide ingresar a un hospital o asilo de ancianos. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica y siguen las siguientes pautas:
 - Los servicios deben estar de acuerdo con los estándares de práctica médica generalmente aceptados.
 - Los servicios deben ser los más apropiados, en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración, y deben considerarse efectivos para su enfermedad, lesión o dolencia.
 - Los servicios no deben ser principalmente para su conveniencia o la de su médico u otro proveedor de atención médica.
 - Los servicios deben satisfacer, pero no exceder, su necesidad médica, son al menos tan beneficiosos como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible, y se brindan de la manera más rentable que se pueda brindar de manera segura y efectiva.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. En la mayoría de los casos, nuestro plan no pagará la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3, Sección D tiene más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Para obtener servicios, comuníquese con su proveedor de atención primaria (PCP). Puede encontrar su PCP en su tarjeta de identificación de miembro. Su PCP, junto

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



con su coordinador de atención, pueden ayudarlo a planificar y programar sus servicios cubiertos. Su PCP también se comunica con sus otros proveedores del plan para obtener actualizaciones sobre su atención y / o tratamientos.

- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención interdisciplinario que le brinda y administra su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación antes de que pueda ver a alguien que no sea su PCP o utilizar otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama remisión. El Capítulo 3, Sección B, tiene más información sobre cómo obtener una derivación y explica cuándo no necesita una derivación.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación primero. A esto se le llama autorización previa. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios con un asterisco (*).
- Todos los servicios preventivos son gratuitos. Verá esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.

NOTA: Los miembros del Plan Estándar Community First Medicare D-SNP (HMO D-SNP) están cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre sus costos compartidos por los servicios de Medicare, incluidos los copagos o coseguros de Medicare para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios domiciliarios y comunitarios.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



D. Tabla de beneficios de Community First Medicare Advantage con el plan estándar de la Parte D (HMO)

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de aneurisma de aorta abdominal</p> <p>El plan pagará una prueba de ultrasonido única para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
<p>Prueba de detección y asesoría sobre el mal uso del alcohol</p> <p>El plan pagará una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye mujeres embarazadas.</p> <p>Si obtiene un resultado positivo para el abuso de alcohol, puede recibir hasta cuatro breves sesiones de consejería cara a cara cada año (si puede y está alerta durante la consejería) con un proveedor de atención primaria calificado o un médico en un entorno de atención primaria</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala giratoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan.</p> <p>En casos que no sean emergencias, el plan puede pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud.</p>	<p>Copago de \$300 por ambulancia terrestre (ida)</p> <p>Copago de \$300 por ambulancia aérea (ida)</p> <p>Se requiere autorización previa para transporte aéreo que no sea de emergencia</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha estado en la Parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede hacerse un chequeo anual. Esto es para hacer o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan pagará esto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No puede realizarse su primer chequeo anual dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Tendrá cobertura para los chequeos anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. No es necesario que primero haya tenido una visita de “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Medición de la masa ósea</p> <p>El plan pagará ciertos procedimientos para los miembros que califiquen (generalmente, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida ósea o descubren la calidad del hueso.</p> <p>El plan pagará los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también pagará a un médico para que observe y comente los resultados.</p>	\$0
	<p>Examen de detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	\$0
	<p>*Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>El plan pagará los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con una orden médica.</p> <p>El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>20% de coseguro</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (corazón) (terapia para enfermedad cardíaca)</p> <p>El plan paga una visita al año con su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • discutir el uso de aspirina, • controlar su presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien. 	\$0
	<p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>El plan paga análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también buscan defectos debido al alto riesgo de enfermedad cardíaca.</p>	\$0
	<p>Detección de cáncer cervical y vaginal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	\$0
	<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna para corregir la alineación 	20% de coseguro

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección del cáncer colorrectal.</p> <p>Para las personas de 50 años o más, el plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses ● Prueba de sangre oculta en heces, cada 12 meses ● Prueba de sangre oculta en heces a base de guayaco o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses ● Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia de detección (o enema de bario de detección) cada 24 meses.</p> <p>Para las personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia de detección cada diez años (pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección).</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan pagará dos intentos de consejería para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan pagará dos intentos de consejería para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <p>El plan también ofrece asesoramiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas.</p>	\$0
<p>Servicios dentales</p> <p>El plan Community First Medicare Advantage (HMO) pagará los siguientes servicios:</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes bucales, limpieza, tratamientos con flúor, radiografías dentales <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios no rutinarios, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales / maxilofaciales, otros servicios 	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Prueba de diagnóstico de depresión</p> <p>El plan pagará una prueba de detección de depresión cada año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y derivaciones.</p>	\$0
	<p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>El plan pagará por este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Historia de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historia de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de la prueba, puede calificar para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un monitor de glucosa en sangre ○ Tiras reactivas de glucosa en sangre ○ Dispositivos de lanceta y lancetas ○ Soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético, el plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, • ○ Un par de zapatos de profundidad y tres pares de inserciones cada año (provistos con dichos zapatos) <p>El plan también pagará el ajuste de los zapatos terapéuticos moldeados a medida o los zapatos profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará la capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes, en algunos casos. 	<p>\$0</p> <p>20% de coseguro</p> <p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero (DME)”, consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Se cubren los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones eléctricos • Suministros para diabéticos • Camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) • Dispositivos generadores de voz • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andaderas <p>Otros elementos pueden estar cubiertos.</p> <p>Pagaremos todos los DME médicamente necesarios que normalmente paga Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.communityfirstmedicare.com.</p> <p>Generalmente, el plan cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que necesita la marca.</p> <p>Sin embargo, si es nuevo en el plan y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos pagando por esta marca por hasta 90 días.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>20% de coseguro</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>
---	---

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita a otro médico con el fin de recibir una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su médico) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su médico pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D.</p>	

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brindados por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, y • necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesiones graves. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina puede esperar que resulte en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riesgo grave para su salud o la de su feto; ● • daño grave a las funciones corporales; ● • una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo, ● • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto. ○ un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para la de su feto. <p>Cobertura mundial de los servicios de urgencias.</p>	<p>Copago de \$90 (mundial)</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se establezca su emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que se siga pagando su atención.</p> <p>Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir atención como paciente internado solo si el plan aprueba su estadía.</p> <p>Si elige permanecer en el hospital fuera de la red y el plan aprueba su estadía, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Silver Sneakers es un programa de acondicionamiento físico que ofrece clases en línea, videos a pedido, clases comunitarias FLEX y mucho más. Este programa ofrece opciones de acondicionamiento físico, nutrición y estilo de vida más saludable.</p>	\$0
<p>Servicios auditivos</p> <p>El plan paga las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertos como atención ambulatoria cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan también pagará por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes de audición de rutina • ajuste / evaluación de un audífono • prótesis auditivas 	<p>Copago de \$50 (1 por año)</p> <p>Copago de \$0 (1 por año)</p> <p>Copago de \$0 (límite de beneficio de \$750 cada año)</p>
 <p>Prueba de detección de VIH</p> <p>El plan paga un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pidan una prueba de detección del VIH, o • tengan un mayor riesgo de infección por VIH. <p>Para las mujeres embarazadas, el plan paga hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Atención de una agencia de salud en el hogar</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de salud en el hogar, un médico debe informarnos que los necesita y deben ser proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia médica domiciliaria y de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de asistencia médica domiciliaria y de enfermería especializada combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y materiales médicos 	<p>Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>Cuidados para enfermos terminales</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene un pronóstico terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras recibe los servicios de hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor. • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por el plan, pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido del plan por estos servicios. <p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F. <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio, debe llamar a Servicios para Miembros o al Coordinador de cuidados para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio es la atención que no está relacionada con su pronóstico terminal.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Community First Medicare Advantage con el Plan Estándar de la Parte D (HMO).</p>
---	--

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
 <p>Vacunas</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>El plan pagará otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6, Sección G, para obtener más información.</p>	<p>\$0 por las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B.</p>	

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Hospitalización para Pacientes Internos</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de sala de operaciones y recuperación • Fisioterapia, ocupacional y/o del habla • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan pagará toda la sangre que necesite a partir de la primera pinta. • Servicios médicos • Comidas, incluidas dietas especiales • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón / páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón / pulmón, médula ósea, células madre e intestinal / multivisceral. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Copago de \$350 por día para los días 1 a 6; Copago de \$0 por días adicionales cubiertos por Medicare. Usted paga estos montos hasta que alcanza el desembolso máximo.</p> <p>Debe obtener la aprobación del plan para seguir recibiendo atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control. Entonces, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que ingresa en el hospital.</p> <p>No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (Consulte el Capítulo 12 para</p>
--	--

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Hospitalización para Pacientes Internos (continuación)</p> <p>Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede obtener sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad.</p> <p>Si el plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención para su comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona.</p> <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente interno del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! " Esta hoja informativa está disponible en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.</p>	<p>conocer la definición de "períodos de beneficios").</p> <p>Una transferencia a un tipo de centro diferente (por ejemplo, a un hospital de rehabilitación para pacientes internados o un hospital de cuidados a largo plazo) se considera una nueva admisión.</p> <p>Por cada estadía en el hospital como paciente internado, tiene cobertura por días ilimitados siempre que la estadía en el hospital esté cubierta de acuerdo con las reglas del plan.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Atención psiquiátrica para pacientes internados</p> <p>El plan pagará los servicios de atención de salud mental que requieran una estadía en el hospital, incluidos los servicios residenciales o por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados.</p> <p>Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Copago de \$350 por día para los días 1 a 6; Copago de \$0 por días adicionales cubiertos por Medicare. Más 60 días de reserva de por vida adicionales. Usted paga estos montos hasta que alcanza el desembolso máximo.</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p> <p>Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos para atención de salud mental para pacientes hospitalizados. (Consulte el Capítulo 12 para conocer la definición de “períodos de beneficios”). Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que ingresa al hospital, incluso si ingresa varias veces dentro</p>
--	---

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	*Atención psiquiátrica para pacientes internados (continuación)	de un período de beneficios.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si su estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará los servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos Quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortopédicos y protésicos que no sean dentales, incluido el reemplazo o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> • reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), • reemplazan todo o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambios en la condición del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones:</p> <p>Consulte a continuación los <i>Servicios del médico / practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico.</i></p> <p>Consulte a continuación las <i>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y los Servicios y suministros terapéuticos.</i></p> <p>Consulte a continuación <i>Dispositivos protésicos y suministros relacionados.</i></p> <p>Consulte a continuación los <i>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</i></p>
--	---

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>*Beneficio de alimentos</p> <p>Hasta 10 comidas proporcionadas durante los 7 días posteriores a la admisión de un paciente hospitalizado</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe referirlo. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, Sección B. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial • Capacitación en auto diálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar • Equipo y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en este cuadro.</p>	<p>Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>El plan pagará las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 55 y 77 años y • Tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, y • Ha fumado al menos 1 paquete al día durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o ha fumado ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años <p>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón LDCT después de la detección inicial: el miembro debe recibir una orden por escrito para la detección de cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un practicante no médico calificado opta por brindar asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones para las pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Terapia Nutricional Médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>El plan pagará tres horas de servicios de asesoramiento individualizados durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año después de eso. Si cambia su afección, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	\$0
	<p>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará los servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudarlo a mejorar su comportamiento saludable. Proporciona formación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio dietético a largo plazo, y • aumento de actividad física, y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, un hospital para pacientes ambulatorios o un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan [ST] • Factores de coagulación que se administra mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo. • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea medicamento necesario), anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades primarias por inmunodeficiencia <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>20% de coseguro</p> <p>Se requiere autorización para medicamentos con cargos facturados superiores a \$500 por dosis.</p>
---	--

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>Las categorías de medicamentos de la Parte B de Medicare anteriores seguidas de la abreviatura [ST] pueden estar sujetas a la terapia escalonada de la Parte B.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5, Sección A, explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas.</p> <p>El Capítulo 6, Sección C, explica lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para bajar de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan pagará el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, se puede manejar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de tratamiento con opioides</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, administrarlos y dárselos • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y de grupo • Prueba de drogas o sustancias químicas en su cuerpo (prueba de toxicología) 	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros para técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, comenzando con la primera pinta de sangre que necesite. El plan también pagará el almacenamiento y la administración. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$30 por servicio de diagnóstico general</p> <p>Copago de \$200 por servicio de diagnóstico complejo</p> <p>Copago de \$50 por servicio terapéutico</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Autorización requerida para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ciertas exploraciones por PET; • procedimientos de medicina nuclear y cardiología nuclear; • MRI / MRA (si no lo solicita un neurocirujano o un MDP)
---	---

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>ortopédico SPECT);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imágenes tridimensionales (3D) / CTA (si no lo ordenó un cardiólogo o un especialista cardiorácico); • estudios del sueño; y monitoreo de video EEG. <p>Autorización requerida para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT) • Radiocirugía estereotáctica (SRS); y • Radioterapia corporal estereotáctica (SBRT).

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>El plan paga los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como "paciente hospitalizado". ○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un "paciente ambulatorio". ○ Puede obtener más información sobre cómo ser un paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento hospitalario sin él. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Servicios y exámenes preventivos enumerados en el Cuadro de beneficios • Algunos medicamentos que no puede darse a si mismo 	<p>El costo compartido de los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios varía según el beneficio específico.</p> <p>La cirugía ambulatoria está sujeta a un copago de \$350 por procedimiento.</p> <p>Otros servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios están sujetos a un coseguro del 20%.</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará los servicios de salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o médico con licencia estatal, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un especialista en enfermería clínica, • un enfermero practicante, • un asistente médico, o • cualquier otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables. 	<p>Copago de \$40 por beneficios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de los departamentos para pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otras instalaciones.</p>	<p>Copago de \$40 por terapias</p> <p>Copago de \$30 por servicios de rehabilitación (CORF)</p>
<p>Atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios</p> <p>Tratamiento y asesoramiento ambulatorios por abuso de sustancias.</p>	<p>20% de coseguro</p> <p>Usted paga esta cantidad hasta que alcanza el máximo de desembolso personal.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Cirugía ambulatoria</p> <p>El plan pagará la cirugía y los servicios para pacientes ambulatorios en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente interno o externo. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio".</p>	<p>Copago de \$350</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcanza el desembolso máximo.</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>
<p>*Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio de un hospital o por un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarlo a evitar que tenga que permanecer en el hospital.</p>	<p>Copago de \$55 por día para beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>
<p>Servicios de podiatría</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con afecciones que afectan las piernas, como diabetes 	<p>Copago de \$50</p> <p>20% de coseguro</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, el plan pagará los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Exámen de APE (antígeno prostático específico) 	\$0
<p>*Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. El plan pagará los siguientes dispositivos protésicos y tal vez otros dispositivos que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • Marcapasos • Frenillos • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) <p>El plan también pagará algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos. También pagarán para reparar o reemplazar dispositivos protésicos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de la extirpación o cirugía de cataratas. Consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>20% de coseguro</p> <p>Se requiere autorización para prótesis con una compra minorista o un costo de alquiler acumulativo de más de \$1,000.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan pagará los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de rehabilitación cardíaca • Servicio de rehabilitación cardíaca intensiva • Servicio de rehabilitación pulmonar 	<p>Copago de \$40</p> <p>Copago de \$60</p> <p>Copago de \$30</p>
<p> Asesoramiento y detección de infecciones de transmisión sexual</p> <p>El plan pagará las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>El plan también pagará hasta dos sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad cara a cara cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. El plan pagará estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Medicamentos que obtiene como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración <ul style="list-style-type: none"> ○ El plan pagará la sangre completa y el concentrado de glóbulos rojos comenzando con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería. • Pruebas de laboratorio realizadas por centros de enfermería. • Radiografías y otros servicios de radiología brindados por centros de enfermería. • Aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de enfermería. • Servicios de médico / proveedor <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Se requiere una estadía mínima de tres días como paciente hospitalizado en un centro médico antes de la admisión a un SNF</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$160 por día para los días 21 a 100</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>Por lo general, recibirá atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir su atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de atención de ancianos) • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge al momento de salir del hospital. 	

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>El plan pagará SET para miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD). El plan también pagará por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario <p>El programa SET debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • En un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Entregado por personal calificado que se asegura de que el beneficio supere al daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD • Bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante / especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. 	<p>Copago de \$30 por beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es la atención que se brinda para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una no emergencia, ○ • una enfermedad médica repentina, ○ • una herida, ○ • una condición que necesita atención inmediata. <p>Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red.</p> <p>El plan también cubre la atención de urgencia en todo el mundo cuando se necesitan servicios médicos de inmediato debido a una enfermedad, lesión o afección que no esperaba o anticipaba, y no puede esperar hasta estar de regreso en el área de servicio del plan para obtener los servicios.</p>	<p>Copago de \$30 por cada visita.</p> <p>Copago de \$90 por cobertura mundial de servicios de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. (Consulte el Capítulo 7, Sección B, para obtener información sobre el reembolso de gastos por servicios en todo el mundo).</p> <p>Usted paga estos montos hasta que alcanza el desembolso máximo.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Cuidado de la Visión</p> <p>El plan pagará los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • retinopatía diabética para personas con diabetes • tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan también pagará una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las personas con antecedentes familiares de glaucoma • Personas con diabetes • Afroamericanos que tienen 50 años o más, e • Hispanoamericanos de 65 años o más. <p>Además de los beneficios médicos de la vista, el plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina por año • Gafas, incluidos anteojos o lentes de contacto • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular 	<p>Copago de \$50 para exámenes de la vista para tratar afecciones oculares</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0 (límite de beneficio de \$100 cada año) para anteojos</p> <p>Si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes de detección y vacunas), y • remisiones para otra atención si la necesita. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, dígame al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



E. Cuadro de beneficios del plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP)

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de aneurisma de aorta abdominal</p> <p>El plan pagará una prueba de ultrasonido única para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	\$0
<p>Prueba de detección y asesoría sobre el mal uso del alcohol</p> <p>El plan pagará una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos que abusan del alcohol pero no son dependientes del alcohol. Esto incluye mujeres embarazadas.</p> <p>Si obtiene un resultado positivo para el abuso de alcohol, puede recibir hasta cuatro breves sesiones de consejería cara a cara cada año (si puede y está alerta durante la consejería) con un proveedor de atención primaria calificado o un médico en un entorno de atención primaria</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre, de ala fija y de ala giratoria. La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención.</p> <p>Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud. Los servicios de ambulancia para otros casos deben ser aprobados por el plan.</p> <p>En casos que no sean emergencias, el plan puede pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de llegar a un lugar de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>20% de coseguro por ambulancia terrestre o aérea (ida)</p> <p>Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha estado en la Parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede hacerse un chequeo anual. Esto es para hacer o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. El plan pagará esto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No puede realizarse su primer chequeo anual dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Tendrá cobertura para los chequeos anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. No es necesario que primero haya tenido una visita de “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Medición de la masa ósea</p> <p>El plan pagará ciertos procedimientos para los miembros que califiquen (generalmente, alguien en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran la pérdida ósea o descubren la calidad del hueso.</p> <p>El plan pagará los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. El plan también pagará a un médico para que observe y comente los resultados.</p>	\$0
	<p>Examen de detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre las edades de 35 y 39 • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	\$0
	<p>*Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón)</p> <p>El plan pagará los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir con ciertas condiciones con una orden médica.</p> <p>El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (corazón) (terapia para enfermedad cardíaca)</p> <p>El plan paga una visita al año con su proveedor de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante esta visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • discutir el uso de aspirina, • controlar su presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien. 	\$0
	<p>Pruebas de enfermedades cardiovasculares (corazón)</p> <p>El plan paga análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también buscan defectos debido al alto riesgo de enfermedad cardíaca.</p>	\$0
	<p>Detección de cáncer de cervical y vaginal</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 de vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	\$0
	<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna para corregir la alineación 	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección del cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, el plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección) cada 48 meses ● Prueba de sangre oculta en heces, cada 12 meses ● Prueba de sangre oculta en heces a base de guayaco o prueba inmunoquímica fecal, cada 12 meses ● Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia de detección (o enema de bario de detección) cada 24 meses.</p> <p>Para las personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, el plan pagará una colonoscopia de detección cada diez años (pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección).</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco</p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan pagará dos intentos de consejería para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan pagará dos intentos de consejería para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <p>El plan también ofrece asesoramiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas.</p>	\$0
<p>Servicios dentales</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes bucales, limpieza, tratamientos con flúor, radiografías dentales <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios no rutinarios, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales / maxilofaciales, otros servicios 	\$0 El plan tiene un límite de cobertura anual de \$1,500
 <p>Prueba de diagnóstico de depresión</p> <p>El plan pagará una prueba de detección de depresión cada año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y derivaciones.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Prueba de detección de diabetes</p> <p>El plan pagará por este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Historia de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historia de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa) <p>Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de la prueba, puede calificar para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un monitor de glucosa en sangre ○ Tiras reactivas de glucosa en sangre ○ Dispositivos de lanceta y lancetas ○ Soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético, el plan pagará lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas) y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, • ○ Un par de zapatos de profundidad y tres pares de inserciones cada año (provistos con dichos zapatos) <p>El plan también pagará el ajuste de los zapatos terapéuticos moldeados a medida o los zapatos profundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará la capacitación para ayudarlo a controlar su diabetes, en algunos casos. 	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero (DME)”, consulte el Capítulo 12 de este manual).</p> <p>Se cubren los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones eléctricos • Suministros para diabéticos • Camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar • Bombas de infusión intravenosa (IV) • Dispositivos generadores de voz • Equipos y suministros de oxígeno • Nebulizadores • Andaderas <p>Otros elementos pueden estar cubiertos.</p> <p>Pagaremos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.communityfirstmedicare.com.</p> <p>Generalmente, el plan cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que necesita la marca.</p> <p>Sin embargo, si es nuevo en el plan y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos pagando por esta marca por hasta 90 días.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>
--	---

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita a otro médico con el fin de recibir una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su médico) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su médico pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, Sección D).</p>	

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brindados por un proveedor capacitado para dar servicios de emergencia, y • necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una afección médica con dolor intenso o lesiones graves. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, cualquier persona con un conocimiento promedio de salud y medicina puede esperar que resulte en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • riesgo grave para su salud o la de su feto; o • daño grave a las funciones corporales; o • una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo, o • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> ○ no hay tiempo suficiente para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto. ○ un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad o para la de su feto. <p>Esta cobertura solo está cubierta dentro de los EE. UU. según sea necesario.</p>	<p>20% de coseguro</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se estabilice su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta, O debe recibir atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Silver Sneakers es un programa de acondicionamiento físico que ofrece clases en línea, videos a pedido, clases comunitarias FLEX y mucho más. Este programa ofrece opciones de acondicionamiento físico, nutrición y estilo de vida más saludable.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios auditivos</p> <p>El plan paga las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertos como atención ambulatoria cuando los recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El plan también pagará por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes de audición de rutina • ajuste / evaluación de un audífono • prótesis auditivas 	<p>Copago de \$50 (1 por año)</p> <p>Copago de \$0 (1 por año)</p> <p>Copago de \$0 (límite de beneficio de \$1,500 cada año)</p>
<p> Prueba de detección de VIH</p> <p>El plan paga un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pidan una prueba de detección del VIH, o • tengan un mayor riesgo de infección por VIH. <p>Para las mujeres embarazadas, el plan paga hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p>	<p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Agencias de Salud Domiciliaria</p> <p>Antes de que pueda obtener servicios de salud en el hogar, un médico debe informarnos que los necesita y deben ser proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia médica domiciliaria y de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de asistencia médica domiciliaria y de enfermería especializada combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y materiales médicos 	<p>Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>Cuidados para enfermos terminales</p> <p>Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Tiene derecho a elegir un hospicio si su proveedor y el director médico del hospicio determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene un pronóstico terminal y se espera que tenga seis meses o menos de vida. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>El plan pagará lo siguiente mientras recibe los servicios de hospicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria <p>Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Para los servicios cubiertos por el plan pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cubrirá los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare. El plan cubrirá los servicios, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido del plan por estos servicios. <p>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare del plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F. <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio, debe llamar a su Coordinador de servicios para coordinar los servicios. La atención que no es de hospicio es la atención que no está relacionada con su pronóstico terminal.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa certificado por Medicare de hospicios, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no Community First Medicare Plan Estándar Advantage D-SNP (HMO D-SNP).</p>
--	---

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
 <p>Vacunas</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>El plan pagará otras vacunas que cumplan con las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Lea el Capítulo 6, Sección G, para obtener más información.</p>	<p>\$0 por las vacunas contra la neumonía, la influenza y la hepatitis B.</p>	

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Hospitalización para Pacientes Internos</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales, como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de sala de operaciones y recuperación • Fisioterapia, ocupacional y/o del habla • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • Servicios médicos • Comidas, incluidas dietas especiales <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Autorización previa requerida</p> <p>Para admisiones cubiertas por Medicare, por período de beneficios: usted paga un copago de \$0.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos.</p> <p>Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.</p>
---	--

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Hospitalización para Pacientes Internos (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración <ul style="list-style-type: none"> ○ La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o que usted u otra persona le donen la sangre. ○ Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. El plan pagará toda la sangre que necesite a partir de la primera pinta. • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón / páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón / pulmón, médula ósea, células madre e intestinal / multivisceral. <p>Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante.</p> <p>Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede obtener sus servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención de su comunidad.</p> <p>Si el plan brinda servicios de trasplante fuera del patrón de atención para su comunidad y usted elige recibir su trasplante allí, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y viaje para usted y otra persona.</p> <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente interno del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio,</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p> <p style="text-align: center;">Hospitalización para Pacientes Internos (continuación)</p>	<p>20% de coseguro por las primeras tres pintas de sangre.</p> <p>Si obtiene atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
---	---

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja de datos de Medicare llamada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte! " Esta hoja informativa está disponible en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.</p>	

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Atención psiquiátrica para pacientes internados</p> <p>El plan pagará los servicios de atención de salud mental que requieran una estadía en el hospital, incluidos los servicios residenciales o por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados.</p> <p>Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de internación en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Autorización previa requerida</p> <p>Para admisiones cubiertas por Medicare, por período de beneficios: usted paga un copago de \$0.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos.</p> <p>Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p>No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios. Comuníquese con Servicios para Miembros para</p>
--	--

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	*Atención psiquiátrica para pacientes internados (continuación)	obtener más información.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si su estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, el plan no la pagará.</p> <p>Sin embargo, en algunos casos, el plan pagará los servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en un centro de enfermería. El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos Quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortopédicos y protésicos que no sean dentales, incluido el reemplazo o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que: <ul style="list-style-type: none"> • reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), • reemplazan todo o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o funciona mal. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello, bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o cambios en la condición del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones:</p> <p>Consulte a continuación los <i>Servicios del médico / practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico.</i></p> <p>Consulte a continuación las <i>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y los Servicios y suministros terapéuticos.</i></p> <p>Consulte a continuación <i>Dispositivos protésicos y suministros relacionados.</i></p> <p>Consulte a continuación los <i>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</i></p>
--	---

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>*Beneficio de alimentos</p> <p>Hasta 21 comidas proporcionadas durante 14 días después de la admisión de un paciente hospitalizado</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para enfermedades renales</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV y su médico debe referirlo. El plan cubrirá hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, Sección B. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial • Capacitación en auto diálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar • Equipo y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” en este cuadro.</p>	<p>Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>El plan pagará las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 55 y 77 años y • Tiene una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas con su médico u otro proveedor calificado, y • Ha fumado al menos 1 paquete al día durante 30 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón o ha fumado ahora o ha dejado de fumar en los últimos 15 años <p>Después de la primera evaluación, el plan pagará otra evaluación cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado.</p> <p>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón LDCT después de la detección inicial: el miembro debe recibir una orden por escrito para la detección de cáncer de pulmón LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un practicante no médico calificado opta por brindar asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y una visita compartida para la toma de decisiones para las pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Terapia Nutricional Médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico.</p> <p>El plan pagará tres horas de servicios de asesoramiento individualizados durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare). Pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año después de eso. Si cambia su afección, tratamiento o diagnóstico, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si su tratamiento es necesario en el próximo año calendario.</p>	\$0
	<p>Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>El plan pagará los servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudarlo a mejorar su comportamiento saludable. Proporciona formación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio dietético a largo plazo, y • aumento de actividad física, y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan pagará los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que normalmente no se administra usted mismo y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, un hospital para pacientes ambulatorios o un centro de cirugía ambulatoria • Medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan [ST] • Factores de coagulación que se administra mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento usted mismo • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea medicamento necesario), anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades primarias por inmunodeficiencia <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>20% de coseguro</p> <p>Se requiere autorización para medicamentos con cargos facturados superiores a \$500 por dosis.</p>
--	--

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>Las categorías de medicamentos de la Parte B de Medicare anteriores seguidas de la abreviatura [ST] pueden estar sujetas a la terapia escalonada de la Parte B.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5, Sección A, explica el beneficio de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Explica las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas.</p> <p>El Capítulo 6, Sección C, explica lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	
<p> Examen de detección de obesidad y terapia para bajar de peso</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan pagará el asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa manera, se puede manejar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de tratamiento con opioides</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, administrarlos y dárselos • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y de grupo • Prueba de drogas o sustancias químicas en su cuerpo (prueba de toxicología) 	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros para técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración <ul style="list-style-type: none"> ○ La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o que usted u otra persona le donen la sangre. ○ Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Autorización requerida para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ciertas exploraciones por PET; • procedimientos de medicina nuclear y cardiología nuclear; • MRI / MRA (si no lo solicita un neurocirujano o un MDP ortopédico SPECT); • Imágenes tridimensionales (3D) / CTA (si no lo ordenó un cardiólogo o un especialista cardiorácico); • estudios del sueño; y monitoreo de video EEG. <p>Autorización requerida para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT)
---	---

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Radiocirugía estereotáctica (SRS); y • Radioterapia corporal estereotáctica (SBRT).

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>El plan paga los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como cirugía ambulatoria o servicios de observación <ul style="list-style-type: none"> ○ Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si necesita ser admitido en el hospital como "paciente hospitalizado". ○ A veces, puede pasar la noche en el hospital y seguir siendo un "paciente ambulatorio". ○ Puede obtener más información sobre cómo ser un paciente hospitalizado o ambulatorio en esta hoja informativa: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría tratamiento hospitalario sin él • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Servicios y exámenes preventivos enumerados en el Cuadro de beneficios • Algunos medicamentos que no puede darse a si mismo 	<p>Copago de \$0</p>
--	----------------------

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará los servicios de salud mental proporcionados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o médico con licencia estatal, • un psicólogo clínico, • un trabajador social clínico, • un especialista en enfermería clínica, • un enfermero practicante, • un asistente médico, o • cualquier otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables. 	Copago de \$0
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>El plan pagará la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla.</p> <p>Puede obtener servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios de los departamentos para pacientes ambulatorios del hospital, consultorios de terapeutas independientes, centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) y otras instalaciones.</p>	Copago de \$0
<p>Atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios</p> <p>Tratamiento y asesoramiento ambulatorios por abuso de sustancias.</p>	Copago de \$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Cirugía ambulatoria</p> <p>El plan pagará la cirugía y los servicios para pacientes ambulatorios en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente interno o externo. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un "paciente ambulatorio".</p>	\$0
<p>Productos de venta libre</p> <p>Nuestro plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta \$190 por trimestre calendario. Los pedidos se enviarán a su domicilio. • Al final de cada trimestre calendario, su beneficio de venta libre se recargará hasta \$190. 	\$0
<p>*Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio de un hospital o por un centro comunitario de salud mental. Es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarlo a evitar que tenga que permanecer en el hospital.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de podiatría</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con afecciones que afectan las piernas, como diabetes 	\$0
<p> Detección del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años o más, el plan pagará los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Exámen de APE (antígeno prostático específico) 	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. El plan pagará los siguientes dispositivos protésicos y tal vez otros dispositivos que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • Marcapasos • Frenillos • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) <p>El plan también pagará algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos. También pagarán para reparar o reemplazar dispositivos protésicos.</p> <p>El plan ofrece cierta cobertura después de la extirpación o cirugía de cataratas. Consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>20% de coseguro</p> <p>Se requiere autorización para prótesis con una compra minorista o un costo de alquiler acumulativo de más de \$1,000.</p>
<p>*Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>El plan pagará los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. El miembro debe tener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trata la EPOC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de rehabilitación cardíaca • Servicio de rehabilitación cardíaca intensiva • Servicio de rehabilitación pulmonar 	<p>\$0</p> <p>\$0</p> <p>\$0</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 <p>Asesoramiento y detección de infecciones de transmisión sexual (ITS)</p> <p>El plan pagará las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria debe ordenar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>El plan también pagará hasta dos sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad cara a cara cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. El plan pagará estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo solo si las brinda un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	\$0

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>*Centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Medicamentos que obtiene como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración <ul style="list-style-type: none"> ○ La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o que usted u otra persona le donen la sangre. ○ Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por centros de enfermería • Pruebas de laboratorio realizadas por centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología brindados por centros de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de enfermería <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Se requiere una estadía mínima de tres días como paciente hospitalizado en un centro médico antes de la admisión a un SNF.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF</p> <p>Copago de \$0 por día para los días 1 a 100</p> <p>Más allá del día 100: usted es responsable de todos los costos.</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos.</p> <p>Si ingresa en un hospital o centro de enfermería</p>
---	--

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médico / proveedor <p>Por lo general, recibirá atención de los centros de la red. Sin embargo, es posible que pueda recibir su atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los montos de pago de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde vivía antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de atención de ancianos) • Un centro de enfermería donde vive su cónyuge al momento de salir del hospital. 	<p>especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.</p> <p>No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>* Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>El plan pagará SET para miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD). El plan también pagará por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario <p>El programa SET debe ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la PAD en miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • En un hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Entregado por personal calificado que se asegura de que el beneficio supere al daño y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la PAD • Bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante / especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. 	<p>Copago de \$0</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>*Servicios de Transporte</p> <p>Tiene cobertura para 20 viajes ilimitados de ida a lugares aprobados por el plan, cada año calendario. Pueden aplicarse límites de kilometraje.</p> <p>Usted debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar los proveedores de transporte contratados por el plan. • Ir hacia y desde los proveedores e instalaciones de la red de este plan dentro del área de servicio 	<p>Autorización previa requerida</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada viaje de ida a lugares aprobados por el plan.</p>
<p>Atención de urgencia</p> <p>La atención de urgencia es la atención que se brinda para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una no emergencia, ○ • una enfermedad médica repentina, ○ • una herida, ○ • una condición que necesita atención inmediata. <p>Si necesita atención de urgencia, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no puede acceder a un proveedor de la red.</p> <p>Esta cobertura es dentro de los Estados Unidos.</p>	<p>Copago de \$0</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Cuidado de la Visión</p> <p>El plan pagará los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • retinopatía diabética para personas con diabetes • tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad <p>Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan también pagará una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • las personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • Afroamericanos que tienen 50 años o más, y • Hispanoamericanos de 65 años o más. <p>Además de los beneficios médicos de la vista, el plan cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina por año • Gafas, incluidos anteojos o lentes de contacto • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la inserción de una lente intraocular 	<p>Copago de \$0 para exámenes de la vista para tratar afecciones oculares</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0 (límite de beneficio de \$275 cada año) para anteojos</p> <p>Si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios que paga nuestro plan		Lo que usted debe pagar
	<p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos exámenes de detección y vacunas), y • remisiones para otra atención si la necesita. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, dígame al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	\$0

F. Beneficios cubiertos fuera del plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO)

Los siguientes servicios no están cubiertos por el Plan Estándar CFHP Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP), pero están disponibles a través de Medicaid:

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas
Servicios de ambulancia (medicamente necesarios)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Dispositivos de comunicación de asistencia	Para los miembros que cumplan con los requisitos, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agote el beneficio de Medicare.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Rehabilitación cardíaca	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios quiroprácticos	El tratamiento de manipulación quiropráctica (CMT) realizado por un quiropráctico autorizado por la Junta Estatal de Examinadores Quiroprácticos de Texas es un beneficio de Texas Medicaid. Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Exámenes de detección colorrectal (para mayores de 50 años)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios dentales (para personas de 20 años o menos; o 21 años o más en una exención de ICF o IDD)	Para los miembros que cumplan con los requisitos, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agote el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Suministros para diabéticos (incluye cobertura para tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Exámenes de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Elección de médico y hospital	Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del médico y el hospital.
Consultas en el consultorio del médico	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Diálisis	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Equipo médico duradero (DME) (incluye sillas de ruedas y oxígeno)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención de emergencia (cualquier visita a la sala de emergencias cuando el miembro cree que necesita atención de emergencia)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Educación sobre salud y bienestar (asesoramiento nutricional para niños, dejar de fumar para mujeres embarazadas, examen anual para adultos, educación sobre enfermedades renales)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios auditivos	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Atención médica en casa	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Hospital de Cuidados Paliativos	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p> <p><i>Nota: Cuando los clientes adultos eligen los servicios de hospicio, renuncian a sus derechos a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a los servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.</i></p>
Vacunas	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Hospitalización para Pacientes Internos	<p>Las estadías en el hospital para pacientes internados son un beneficio cubierto. Medicaid paga coseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del médico y el hospital.</p> <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Atención psiquiátrica para pacientes internados	<p>Las estadías en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados son un beneficio cubierto para miembros menores de 21 años y miembros de 65 años o más.</p> <p>Las estadías en el hospital de cuidados agudos para pacientes hospitalizados para tratamiento psiquiátrico son un beneficio</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



	<p>cubierto para los miembros de 21 a 64 años de edad, de acuerdo con 42 CFR §438.6 (e), aunque las MCO de Medicaid pueden optar por cubrir las estancias en centros psiquiátricos en lugar de hospitales de cuidados agudos.</p> <p>Medicaid paga coseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del médico y el hospital.</p> <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Mamografías (detección anual)	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Prima mensual	<p>La asistencia de Medicaid con el pago de la prima puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.</p>
Dispositivos ortopédicos y protésicos (aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.)	<p>Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años (CCP), Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>Medicaid paga las prótesis mamarias para miembros de todas las edades si no están cubiertas por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid</p>
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	<p>Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Cirugía/Servicios para pacientes externos	Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años (CCP), Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Prueba de Papanicolaou y exámenes pélvicos	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de podiatría	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Medicamentos recetados que paga Medicaid	Medicaid paga los medicamentos de la Parte B si no están cubiertos por Medicare. Medicaid no cubrirá ningún medicamento de la Parte D de Medicare.
Detección del cáncer de próstata	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



(en un centro de atención de enfermería especializada certificado por Medicare)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de telemedicina	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Transporte (rutina)	El Programa de transporte médico de Medicaid (MTP) proporciona transporte que no es de emergencia, si no está cubierto por Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención de urgencia	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de la Visión	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid Los servicios de un óptico se limitan a ajustar y dispensar anteojos y lentes de contacto médicamente necesarios.

G. Beneficios no cubiertos por Community First Medicare Advantage Plan y D-SNP (HMO), Medicare o Texas Medicaid

Esta sección le informa qué tipos de beneficios están excluidos por el plan Community First Medicare Advantage y el plan estándar D-SNP (HMO). Excluido significa que los planes no pagan por estos beneficios. Medicare y Texas Medicaid tampoco los pagarán.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición y algunos que están excluidos por el plan solo en algunos casos.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



El plan no pagará los beneficios médicos excluidos que se enumeran en esta sección (o en cualquier otro lugar de este *Manual para miembros*), excepto en las condiciones específicas enumeradas. Si cree que deberíamos pagar por un servicio que no está cubierto, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en el Cuadro de beneficios, **los siguientes artículos y servicios NO están cubiertos por** el plan Community First Medicare Advantage ni por el plan estándar D-SNP (HMO).

- Servicios considerados no "razonables y necesarios", de acuerdo con las normas de Medicare y Asistencia Médica (Medicaid), a menos que estos servicios estén listados por nuestro plan como servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos experimentales, artículos y medicamentos, a menos que estén cubiertos por Medicare o bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3, Sección K, para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento experimental y los artículos 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 pague.
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando se considere médicamente necesario.
- Enfermeras privadas.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Cuidados de enfermería a tiempo completo en su hogar.
- Servicios de ama de casa, que incluyen asistencia básica en el hogar, limpieza ligera o preparación de comidas.
- Tarifas cobradas por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.
- Los procedimientos electivos o voluntarios de mejora o servicios (incluyendo pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento atlético, propósitos cosméticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sea médicamente necesario.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Cirugía cosmética u otro trabajo cosmético, a menos que sea necesario debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo que no está bien formada. Sin embargo, el plan pagará por la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y para tratar el otro seno para que coincida con él.
- Atención quiropráctica, excepto la manipulación manual de la columna acorde con las pautas de cobertura de Medicare.
- Cuidado de los pies de rutina, excepto por la cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos sean parte de una pierna ortopédica y se incluyan en el costo del aparato ortopédico o los zapatos son para una persona con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.
- Procedimientos de reversión de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.
- Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos).
- Los servicios proporcionados a los veteranos en las instalaciones del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de VA es más que el costo compartido bajo nuestro plan, reembolsaremos al veterano por la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables de nuestros montos de costo compartido.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP(HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor le solicita y que obtiene de una farmacia o por correo.

Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos recetados y de venta libre cubiertos por Texas Medicaid. El Capítulo 6, Sección C, le informa lo que paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Existen programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen "Ayuda adicional" y Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información sobre estos programas, consulte el Capítulo 2.

Si es miembro del Plan Estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que parte de la información de este Manual para miembros sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso. Le enviamos un inserto por separado, llamado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también conocida como la "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o la "Cláusula de LIS"), que le informa sobre su medicamento cobertura. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Servicio para los miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

Nota: Los miembros del Plan Estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) son elegibles para Medicaid y automáticamente califican y reciben "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados.

El Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) también cubre los siguientes medicamentos, aunque no se analizarán en este capítulo:

- Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos que se le administran mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



administran durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, ciertos productos de suministros para la salud en el hogar (tiras reactivas, lancetas, espaciadores) y medicamentos que se le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios del plan

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga las reglas de esta sección.

1. Debe hacer que un médico u otro proveedor le escriba su receta. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha referido para recibir atención.
2. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta.
3. Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan*. Nosotros la denominamos lista de medicamentos, para abreviarla.
 - Si no está en la Lista de medicamentos, es posible que podamos cubrirlo otorgándole una excepción.
 - Consulte el Capítulo 9, Sección F para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.
4. Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento es:
 - aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos. (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado) O,
 - respaldado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son la Información sobre medicamentos del American Hospital Formry Service; el Sistema de información DRUGDEX; Lexi-Drugs; y, para el cáncer, la Red Nacional Integral del Cáncer y la Farmacología Clínica o sus sucesores).

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



Tabla de Contenido

A. Surtir sus recetas	5
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red.....	5
A2. Usar su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta	5
A3. Qué hacer si se cambia a una farmacia de la red diferente	5
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	6
A5. Usando una farmacia especializada	6
A6. Usar servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos.....	7
A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	8
A8. Usar una farmacia que no está en la red del plan	8
A9. Devolverle el dinero si paga por una receta	9
B. La lista de medicamentos del plan	10
B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos.....	10
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.....	10
B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos	11
B4. Niveles de lista de medicamentos	12
C. Límites de algunos medicamentos.....	12
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	14
D1. Obtener un suministro temporal	14
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	17
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	20
F1. Si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan	20
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	20

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



F3 Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare	20
G. Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos	21
G1. Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura	21
G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	21
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides	22

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



A. Surtir sus recetas

A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, el plan pagará las recetas solo si se surten en las farmacias de la red del plan. Una farmacia de la red es una farmacia que ha aceptado surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web www.communityfirstmedicare.com, o comunicarse con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

A2. Usar su tarjeta de identificación de miembro cuando surte una receta

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

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro cuando surta su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

En algunos casos, **si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la retire**. Luego puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato. Haremos lo que podamos para ayudar.

- Para saber cómo solicitarnos un reembolso, consulte el Capítulo 7, Sección B.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, puede comunicarse con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

A3. Qué hacer si se cambia a una farmacia de la red diferente

Si cambia de farmacia y necesita volver a surtir una receta, puede solicitar que un proveedor le escriba una nueva receta o pedirle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si quedan reabastecimientos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, puede comunicarse con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red.

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web, o comunicarse con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

A5. Usando una farmacia especializada

A veces, las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos.
 - Por lo general, los centros de atención a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos 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 alguna dificultad para acceder a sus beneficios de medicamentos en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, 7 días por semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.
- Farmacias que prestan servicios al Servicio de salud para indígenas / Programa de salud para indígenas tribales / urbanos. Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que requieren un manejo especial e instrucciones sobre su uso.

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



A6. Usar servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se proporcionan a través del pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que solicite al menos un suministro de 30 días del medicamento y no más de 90 días. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Surtido de recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a NoviXus al (877) 668-4987, de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm EST y sábados de 9 am a 5 pm EST. También puede visitar www.novixus.com.

Por lo general, recibirá una receta de pedido por correo en un plazo de 14 días. Si un pedido por correo se retrasa, vaya a su farmacia local para surtir la receta (si su receta está en el archivo). Si su receta retrasada no está archivada en su farmacia local, pídale a su médico que llame a su farmacéutico para que le dé una nueva receta. O su farmacéutico puede llamar al consultorio del médico para que solicite la receta.

Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda de la farmacia al (866) 333-2757, las 24 horas del día, los 7 días de la semana si tiene algún problema, pregunta, inquietud o necesita una anulación de reclamo por una receta retrasada.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedido por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que obtiene directamente del consultorio de su proveedor y el reabastecimiento de sus recetas de pedido por correo:

1. Nuevas recetas que la farmacia obtiene de usted

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las nuevas recetas que reciba de usted.

2. Nuevas recetas que la farmacia obtiene directamente del consultorio de su proveedor

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea surtir el medicamento inmediatamente o más adelante.

- Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe.

- Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

3. Resurtidos de recetas médicas por correo

Para reabastecimientos, comuníquese con su farmacia aproximadamente 15 días antes de que crea que los medicamentos que tiene a mano se agotarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Puede hacerlo llamando a la farmacia de pedidos por correo al (877) 668-4987, de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm EST y los sábados de 9 am a 5 pm EST para configurar sus preferencias de comunicación.

A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la sección anterior para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

A8. Usar una farmacia que no está en la red del plan

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagaremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Al experimentar una emergencia médica.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



- Cubriremos recetas que se surten en una farmacia fuera de la red por un suministro de hasta 29 días si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia, están incluidas en nuestra Lista de medicamentos sin restricciones y no están excluidas de la cobertura de la Parte D de Medicare.
- Al viajar o fuera del área de servicio.
 - Cuando viaja dentro de los EE. UU., Tiene acceso a las farmacias de la red en todo el país. Lleve consigo sus recetas y medicamentos y asegúrese de consultar el directorio de farmacias para conocer sus planes de viaje y localizar una farmacia de la red mientras viaja.
 - Si sale del país, es posible que pueda obtener un suministro diario mayor para llevarlo antes de salir del país donde no hay farmacias de la red disponibles.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro del área de servicio porque no hay una farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no se encuentra regularmente en stock en una farmacia minorista accesible de la red o en una farmacia preferida de pedido por correo (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
- Si necesita una receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, una clínica basada en un proveedor, una cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio.
- Durante un desastre natural u otra emergencia declarada por el gobierno federal cuando no se puede esperar razonablemente que obtenga medicamentos de una farmacia de la red

En estos casos, consulte primero con Servicios al Miembro para ver si hay una farmacia de la red cercana. Llame al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

A9. Devolverle el dinero si paga por una receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total en lugar de un copago cuando obtenga su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Para obtener más información sobre esto, consulte el Capítulo 7, Sección B.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

www.communityfirstmedicare.com



B. La lista de medicamentos del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. Nosotros la denominamos lista de medicamentos, para abreviarla.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos también le informa si hay alguna regla que deba seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que siga las reglas explicadas en este capítulo.

B1. Medicamentos en la Lista de medicamentos

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y los medicamentos recetados y de venta libre y los artículos cubiertos por sus beneficios de Medicaid de Texas.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, funcionan tan bien como los medicamentos de marca y cuestan menos.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan siempre que siga las reglas explicadas en este capítulo.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para más información, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento que está tomando está en la Lista de medicamentos, puede:

- Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
- Visitar el sitio web del plan en www.communityfirstmedicare.com. La Lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos recetados. Algunos medicamentos no están en la Lista de medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en la Lista de medicamentos.

El Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) no pagará los medicamentos enumerados en esta sección. Estos se denominan medicamentos excluidos. Si obtiene una receta para un medicamento excluido, debe pagarlo usted mismo. Si cree que deberíamos pagar por un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. (Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9, Sección F.)

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y Medicaid de Texas) no puede pagar un medicamento que ya estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas como tratamiento para su condición. Es posible que su médico le recete un medicamento determinado para tratar su afección, aunque no esté aprobado para tratar la afección. A esto se le llama uso no indicado en la etiqueta. Por lo general, nuestro plan no cubre medicamentos cuando se recetan para uso no indicado en la etiqueta.

Además, por ley, los tipos de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertos por Medicare.

- Medicamentos de venta libre (también llamados medicamentos de libre circulación)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos cuando se usan para aliviar la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones fluoradas

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando la compañía que fabrica los medicamentos dice que debe someterse a pruebas o servicios solo ellos

B4. Niveles de lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. Un nivel es un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre). En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- El nivel 1 es el nivel más bajo y el nivel 5 es el nivel más alto.
- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos. Incluye medicamentos genéricos de menor costo y de uso común.
- Nivel 2: Medicamento genérico. Incluye muchos medicamentos genéricos.
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Incluye medicamentos de marca común, llamados marcas preferidas, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos. Incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- Nivel 5: Medicamentos especializados. Incluye medicamentos únicos y / o de muy alto costo.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, busque el medicamento en la Lista de medicamentos del plan.

El capítulo 6, sección C le indica el monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

C. Límites de algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos recetados, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo el plan los cubre. En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que funcione para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien como un medicamento de mayor costo, el plan espera que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



Si existe una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Por ejemplo, es posible que su proveedor tenga que informarnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de los análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no debería aplicarse a su situación, debe solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o no permitirle usar el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca cuando está disponible una versión genérica

Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y generalmente cuesta menos. En la mayoría de los casos, existe una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho el motivo médico por el que el medicamento genérico no funcionará para usted o si ha escrito "No sustituciones" en su receta por un medicamento de marca o nos ha dicho el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otro los medicamentos que tratan la misma afección funcionarán para usted, luego cubriremos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico.

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que el plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) no cubran el medicamento.

3. Probar un medicamento diferente primero

En general, el plan quiere que pruebe medicamentos de menor costo (que a menudo son igualmente efectivos) antes de que el plan cubra los medicamentos que cuestan más. 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 el plan le solicite que pruebe el medicamento A primero.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



Si el Medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el Medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede obtener. A esto se le llama límite de cantidad. Por ejemplo, el plan podría limitar la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte su receta.

Para averiguar si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en www.communityfirstmedicare.com.

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

Tratamos de que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la manera que le gustaría. Por ejemplo:

- El medicamento que desea tomar no está cubierto por el plan. Es posible que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos. Es posible que se cubra una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo hemos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas especiales o límites de cobertura para ese medicamento. Como se explicó en la Sección C anterior, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, es posible que usted o su médico desee solicitarnos una excepción a una regla.

Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma que le gustaría.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la obtención de un medicamento diferente o para pedirle al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, debe cumplir con las dos reglas siguientes:

1. El medicamento que ha estado tomando:

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



- ya no está en la Lista de medicamentos del plan, o
- nunca estuvo en la Lista de medicamentos del plan, o
- ahora está limitado de alguna manera.

2. Debes estar en una de estas situaciones:

- Estuvo en el plan el año pasado.
 - Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal será de hasta 30 días.
 - Si su receta está escrita para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento recetado en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en el plan.
 - Cubriremos un suministro temporal de su **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro temporal será de hasta 30 días.
 - Si su receta está escrita para menos días, permitiremos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento recetado en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
- Ha estado en el plan durante más de 90 días y vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubriremos un suministro de 31 días o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.
- Para aquellos miembros que experimenten un cambio de nivel de atención, permitiremos un suministro de transición de medicamentos de hasta 31 días. Un cambio en el nivel de atención puede incluir:

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



- Ingresar a las instalaciones de LTC desde hospitales con una lista de alta de medicamentos
- Alta de un hospital a un domicilio
- Finalización de una estadía en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare y necesidad de volver a la cobertura de la Parte D
- Un cambio en el estado del hospicio para volver a los beneficios estándar de las Partes A y B de Medicare
- Finalizar una estancia en una instalación de LTC y regresar a la comunidad
- Alta de hospitales psiquiátricos con regímenes farmacológicos altamente individualizados

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

Cuando obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro. Estas son sus opciones:

- Puede cambiar a otro medicamento.

Es posible que el plan cubra un medicamento diferente que funcione para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

○

- Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos. O puede pedirle al plan que cubra el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que tiene una buena razón médica para una excepción, él o ella puede ayudarlo a solicitar una.

Si un medicamento que está tomando se eliminará de la Lista de medicamentos o se limitará de alguna manera para el próximo año, le permitiremos solicitar una excepción antes del próximo año.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento de la Parte D de Medicare para el próximo año. Luego, puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto para el próximo año.
- Responderemos a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración de respaldo de su médico).

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) pueden agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir exigir o no la aprobación previa de un medicamento. (La aprobación previa es un permiso del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambie la cantidad de un medicamento que puede obtener (llamados límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento. (La terapia escalonada significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la Sección C anteriormente en este capítulo.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, generalmente 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 de la Lista de medicamentos ahora, ●
- aprendemos que un medicamento no es seguro, ●

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



- se retira un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia la lista de medicamentos, siempre puede:

- Consultar la lista de medicamentos actualizada del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) en línea en www.communityfirstmedicare.com o
- Llame a Servicios para Miembros para consultar la lista de medicamentos actual al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

Algunos cambios en la lista de medicamentos se realizarán de **inmediato**.

Por ejemplo:

- Llega al mercado un nuevo medicamento genérico que funciona tan bien como un medicamento de marca en la Lista de medicamentos. Cuando esto pasa:
 - podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico. El costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será menor.
 - podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista (además del nuevo medicamento genérico), pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que suceda.

Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento retira un medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Cuando esto pasa:
 - si está tomando el medicamento, se lo haremos saber. El médico que prescribe también conocerá este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
 - Reemplazamos un medicamento de marca actualmente en la Lista de medicamentos, ○
 - Cambiamos las reglas o límites de cobertura del medicamento de marca.

Cuando ocurran estos cambios, haremos lo siguiente:

- Informarle al menos 30 días antes de que hagamos el cambio a la Lista de medicamentos, ○
- Informarle y darle un suministro de 30 días del medicamento después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro recetador. Él o ella pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar, ○
- Si pedir una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9, Sección F.

Es posible que hagamos cambios que no afecten los medicamentos que toma ahora. Para tales cambios, si está tomando un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que está tomando, aumentamos lo que paga por el medicamento o limitamos su uso, el cambio no afectará su uso del medicamento ni lo que paga por el medicamento durante el resto del año.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. Si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan

Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. No tendrá que pagar un copago. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que paga, consulte el Capítulo 6, Sección C.

F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si vive en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, si es parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

F3 Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo.

- Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento para el dolor, contra las náuseas, laxante o ansiolítico que no está cubierto por su hospicio porque no está relacionado con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que receta o su proveedor de cuidados paliativos que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento.
- Para evitar demoras en la obtención de medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o recetador que se asegure de recibir la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que surta su receta.

Si abandona el hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar retrasos en una farmacia cuando finaliza su beneficio de hospicio de Medicare, debe llevar documentación a la farmacia para verificar que ha dejado el hospicio. Consulte las partes anteriores de este capítulo

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



que informan sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D de Medicare.

Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el capítulo 4, sección F.

G. Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos

G1. Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que surte una receta, buscamos posibles problemas, como errores de medicamentos o medicamentos que:

- Puede que no sea necesario porque está tomando otro medicamento que hace lo mismo
- Puede que no sea seguro para su edad o sexo
- Podría hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Tiene ingredientes a los que es o puede ser alérgico
- Tiene cantidades peligrosas de analgésicos opioides.

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

G2. Programas para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Si toma medicamentos para diferentes afecciones médicas y / o está en un Programa de administración de medicamentos para ayudarlo a usar sus medicamentos opioides de manera segura, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo para usted, a través de un programa de administración de terapia con medicamentos (MTM). Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos estén funcionando para mejorar su salud. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- Cualquier inquietud que tenga, como costos de medicamentos y reacciones a medicamentos.
- Cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre.

Obtendrá un resumen escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma. Además, obtendrá información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea programar la revisión de sus medicamentos antes de su visita anual de "Bienestar", para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos con usted si va al hospital o sala de emergencias.

Los programas de administración de terapia con medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califiquen. Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si no desea estar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos del programa.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros o con su Coordinador de atención.

G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides

El Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) tienen un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos que se usan indebidamente con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepinas no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Exigirle que obtenga todas las recetas **de** esos medicamentos en **determinadas farmacias** y / o **determinados médicos**.
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



Si creemos que se le debe aplicar una o más limitaciones, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que creemos que deberían aplicarse.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante que sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que tenga la oportunidad de responder, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con que corre el riesgo de un uso indebido de medicamentos recetados o no está de acuerdo con la limitación, usted y su médico pueden presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos nuestra decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones de su acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Entidad de revisión independiente (IRE). (Para saber cómo presentar una apelación y obtener más información sobre la IRE, consulte el Capítulo 9, Sección E.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o enfermedad de células falciformes,
- está recibiendo cuidados paliativos, o para el final de la vida, o
- vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com



Capítulo 6: Lo que paga por sus medicamentos recetados de Medicare

Introducción

Este capítulo le indica lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicaid. Otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Algunos miembros son elegibles para Medicaid de Texas. Esto significa que recibe “Ayuda adicional” de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Si está en el programa de “Ayuda adicional”, es posible que parte de la información de este capítulo sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso. Le enviamos un inserto por separado, llamado "Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también conocida como la "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o la "Cláusula de LIS"), que le informa sobre su medicamento cobertura. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Servicio para los miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

La **Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Para obtener más información sobre los medicamentos recetados, puede buscar en estos lugares:

- *Lista de medicamentos cubiertos* o *formulario del plan*
 - A esto lo llamamos la "Lista de medicamentos". Esta le dice:
 - Qué medicamentos paga el plan

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- En cuál de los cinco niveles de costo compartido se encuentra cada medicamento
- Si existen límites para los medicamentos
- Si necesita una copia de la lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.
- También puede encontrar la lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.communityfirstmedicare.com. La lista de medicamentos del sitio web es siempre la más actualizada.
- *Capítulo 5 de este Manual para miembros.*
 - El Capítulo 5 explica cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan.
 - Incluye reglas que debe seguir. También indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- *Directorio de proveedores y farmacias del plan.*
 - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan.
 - El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Tabla de Contenido

A. La <i>Explicación de Beneficios</i> (EOB).....	5
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos.....	5
C. Costos de desembolso personal que puede pagar por los medicamentos cubiertos	6
D. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de la Parte D de Medicare	7
D1. Community First Medicare Advantage con el plan estándar de la Parte D (HMO) etapas de pago de medicamentos	8
D2. Plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) Etapas de pago de medicamentos.....	9
E. Etapa 1: Etapa de deducible anual	10
E1. Plan estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) Etapa de deducible.....	10
E2. Plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) Etapa de deducible.....	10
F. Etapa 2: la etapa de cobertura inicial.....	11
F1. Sus opciones de farmacia.....	12
F2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	12
G. La etapa de cobertura inicial: lo que paga usted.....	12
G1. Plan Estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) Etapa de cobertura inicial: costo y cobertura del suministro de medicamentos para un mes.....	13
G2. Plan Estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) Etapa de cobertura inicial: Costo y cobertura de medicamentos de suministro a largo plazo	15
G3. Plan Estándar de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) Etapa de cobertura inicial: costo y cobertura del suministro de medicamentos para un mes.....	16
G4. Plan Estándar de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) Etapa de cobertura inicial: Costo y cobertura de medicamentos de suministro a largo plazo	18
G5. Fin de la etapa de cobertura inicial.....	19

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



H. Etapa 2: Etapa de brecha de cobertura 20

 H1. Cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo 20

I. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica 22

J. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo 23

K. Vacunas 23

 K1. Lo que necesita saber antes de vacunarse 24

 K2. Lo que paga por una vacuna de la Parte D de Medicare 24

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



A. La *Explicación de Beneficios* (EOB)

Nuestro plan realiza un seguimiento de sus medicamentos recetados. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costes:

- **Gastos de bolsillo** Ésta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas.
- Sus **costos totales de medicamentos**. Ésta es la cantidad de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas, más la cantidad que paga el plan.

Cuando obtiene medicamentos recetados a través del plan, le enviamos un informe llamado *Explicación de beneficios*. Lo llamamos EOB para abreviar. La EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Puede hablar con su médico sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye:

- **Información del mes** El informe indica qué medicamentos recetados obtuvo. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron por usted.
- **Información del “año hasta la fecha”**. Estos son sus costos totales de medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se contabilizarán para los costos totales de bolsillo.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte la Lista de medicamentos.

B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza, usamos los registros que obtenemos 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 ayudará a saber qué recetas surte y cuánto paga.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Envíenos copias de los recibos de los medicamentos que pagó. Puede pedirnos que le ayudemos a recuperar nuestra parte del costo del medicamento. Comuníquese con su Coordinador de atención o Servicios para miembros para obtener información sobre cómo recibir un reembolso.

A continuación, se indican algunas ocasiones en las que debería darnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene bajo el programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total por un medicamento cubierto

Para saber cómo pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento, consulte el capítulo 7, sección A.

3. Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado por usted.

Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia con medicamentos para el SIDA, el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a calificar para la cobertura catastrófica. Cuando alcanza la Etapa de cobertura catastrófica, Community First Medicare Advantage Plan y D-SNP (HMO) paga la mayoría de los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. Consulta los informes que te enviamos.

Cuando reciba una *Explicación de beneficios* por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta. Si cree que algo está mal o falta en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Costos de desembolso personal que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y hay tres formas en que se le puede solicitar que pague.

- El “deducible” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- “Copago” significa que usted paga una cantidad fija cada vez que surte una receta.
- “Coseguro” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

D. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de la Parte D de Medicare

Hay cuatro etapas de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare bajo el plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO). La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o reabastece una receta.

- **Los miembros de Community First Medicare Advantage con el plan estándar de la Parte D (HMO)** deben consultar la Sección D1 a continuación para obtener una explicación de las cuatro etapas de pago de medicamentos.
- **Los miembros del plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP)** deben consultar la Sección D2 a continuación para obtener una explicación de las cuatro etapas de pago de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



D1. Community First Medicare Advantage con el plan estándar de la Parte D (HMO) Etapas de pago de medicamentos

Etapa 1: Etapa de deducible anual	Etapa 2: Etapa de cobertura inicial	Etapa 3: Etapa de brecha de cobertura	Etapa 4: Etapa de cobertura catastrófica
<p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$300 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 (\$300 es el monto de su deducible de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3 y usted paga su parte del costo.</p> <p>Después de que usted (u otras personas en su nombre) hayan alcanzado su deducible de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga su parte.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los \$4,130.</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio por sus medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos que paga de su bolsillo” del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen los \$6,550.</p> <p>Medicare ha establecido esta cantidad y las reglas para contabilizar los costos para esta cantidad.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021).</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



D2. Plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP)**Etapas de pago de medicamentos**

Etapa 1: Etapa de deducible anual	Etapa 2: Etapa de cobertura inicial	Etapa 3: Etapa de brecha de cobertura	Etapa 4: Etapa de cobertura catastrófica
<p>Debido a que no hay deducible para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p> <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, paga el costo total de sus medicamentos.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$445 por sus medicamentos (\$445 es el monto de su deducible).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los \$4,130.</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio por sus medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que el monto de los “costos que paga de su bolsillo” del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen los \$6,550.</p> <p>Medicare ha establecido esta cantidad y las reglas para contabilizar los costos para esta cantidad.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2021).</p>

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



E. Etapa 1: Etapa de deducible anual

La etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos.

Nota: La mayoría de los planes estándar D-SNP de Community First Medicare Advantage (HMO-DSNP) reciben “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados. Esto significa que la Etapa de deducible no se aplica a la mayoría de los miembros del Plan Estándar D-SNP de Community First Medicare Advantage (HMO-DSNP). Si recibe “Ayuda adicional”, esta etapa de pago NO se aplica a usted.

Si no recibe “Ayuda adicional”, la Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos.

E1. Plan estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) Etapa de deducible

Plan estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) pagará un deducible anual de \$300 en medicamentos del Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3. Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el monto deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- Su “costo total” suele ser más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El “deducible” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos de la parte D antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$300 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, abandona la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

E2. Plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) Etapa de deducible

Si es miembro del plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) y recibe “Ayuda adicional”, consulte la Sección E de este capítulo anterior.

Si no recibe “Ayuda adicional”, la etapa del deducible comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar el monto deducible del plan, que es de \$445 para 2021.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 1 al Nivel 5 hasta que alcance el monto deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- Su “costo total” suele ser más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El “deducible” es la cantidad que debe pagar por los medicamentos de la parte D antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$445 por sus medicamentos, abandona la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

F. Etapa 2: la etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago o coseguro. El monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre el medicamento y de dónde lo obtenga.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel, mayor será el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, puede buscar en la Lista de medicamentos.

El nivel 1 es el nivel más bajo y el nivel 5 es el nivel más alto.

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos. Incluye medicamentos genéricos de menor costo y de uso común.
- Nivel 2: Medicamento genérico. Incluye muchos medicamentos genéricos.
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Incluye medicamentos de marca común, llamados marcas preferidas, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos. Incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- Nivel 5: Medicamentos especializados. Incluye medicamentos únicos y / o de muy alto costo.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



F1. Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si lo obtiene de:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red.

En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección A, para saber cuándo lo haremos.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5, Sección A, de este manual y el *Directorio de proveedores y farmacias del plan*.

F2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección A, o el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias del plan*.

G. La etapa de cobertura inicial: lo que paga usted

Durante la Etapa de cobertura inicial, pagará un copago o coseguro cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago o coseguro, pagará el precio más bajo.

Puede comunicarse con Servicios para Miembros para averiguar cuánto es su copago o coseguro por cualquier medicamento cubierto.

- **Los miembros del Plan Estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) deben consultar:**
 - Sección G1 a continuación para averiguar lo que paga por un suministro de un mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D
 - Sección G2 a continuación para averiguar lo que paga por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- **Los miembros del plan estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) deben consultar:**
 - Sección G3 a continuación para averiguar lo que paga por un suministro de un mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D
 - Sección G4 a continuación para averiguar lo que paga por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D

G1. Plan Estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) Etapa de cobertura inicial: costo y cobertura del suministro de medicamentos para un mes

Los miembros del Plan estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) pagarán lo siguiente por un suministro para un mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial:

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo del plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Suministro de hasta 31 días	Suministro de hasta 29 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.
Costos Compartidos Nivel 1 <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Costos Compartidos Nivel 2 <i>(Medicamentos genéricos)</i>	Copago de \$7	Copago de \$7	Copago de \$7	Copago de \$7
Costos Compartidos Nivel 3 <i>(Medicamentos de marcas preferidas)</i>	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$30
Costos Compartidos Nivel 4 <i>(Medicamentos no preferidos)</i>	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo del plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Suministro de hasta 31 días	Suministro de hasta 29 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.
Costos Compartidos Nivel 5 <i>(Medicamentos de nivel de especialidad)</i>	27% de coseguro	27% de coseguro	27% de coseguro	27% de coseguro

G2. Plan Estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO)

Etapas de cobertura inicial: Costo y cobertura de medicamentos de suministro a largo plazo

Los miembros del Plan Estándar Community First Medicare Advantage con la Parte D (HMO) pagarán lo siguiente por un suministro para largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento recetado cubierto de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial:

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo del plan
	Un suministro de hasta 90 días.	Un suministro de hasta 90 días.
Costos Compartidos Nivel 1 <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i>	Copago de \$0	Copago de \$0
Costos Compartidos Nivel 2 <i>(Medicamentos genéricos)</i>	Copago de \$17.50	Copago de \$17.50
Costos Compartidos Nivel 3 <i>(Medicamentos de marcas preferidas)</i>	Copago de \$75	Copago de \$75
Costos Compartidos Nivel 4 <i>(Medicamentos no preferidos)</i>	30% de coseguro	30% de coseguro
Costos Compartidos Nivel 5 <i>(Medicamentos de nivel de especialidad)</i>	No Aplica	No Aplica

G3. Plan Estándar de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) Etapa de cobertura inicial: costo y cobertura del suministro de medicamentos para un mes

Los miembros del Plan Estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) pagarán lo siguiente por un suministro para un mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial:

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo del plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Suministro de hasta 31 días	Suministro de hasta 29 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.
Costos Compartidos Nivel 1 <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i>	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos Compartidos Nivel 2 <i>(Medicamentos genéricos)</i>	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos Compartidos Nivel 3 <i>(Medicamentos de marcas preferidas)</i>	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos Compartidos Nivel 4 <i>(Medicamentos no preferidos)</i>	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo del plan	Una farmacia de atención a largo plazo de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Un suministro para un mes o hasta 30 días	Suministro de hasta 31 días	Suministro de hasta 29 días La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.
Costos Compartidos Nivel 5 <i>(Medicamentos de nivel de especialidad)</i>	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

G4. Plan Estándar de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) Etapa de cobertura inicial: Costo y cobertura de medicamentos de suministro a largo plazo

Los miembros del Plan Estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) pagarán lo siguiente por un suministro para un mes de un medicamento recetado cubierto de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial:

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



	Una farmacia de la red Un suministro de hasta 90 días.	El servicio de pedido por correo del plan Un suministro de hasta 90 días.
Costos Compartidos Nivel 1 <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i>	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos Compartidos Nivel 2 <i>(Medicamentos genéricos)</i>	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos Compartidos Nivel 3 <i>(Medicamentos de marcas preferidas)</i>	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos Compartidos Nivel 4 <i>(Medicamentos no preferidos)</i>	25% de coseguro	25% de coseguro
Costos Compartidos Nivel 5 <i>(Medicamentos de nivel de especialidad)</i>	25% de coseguro	25% de coseguro

G5. Fin de la etapa de cobertura inicial

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos de bolsillo totales alcanzan los \$4,130. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Sus informes *de Explicación de beneficios* lo ayudarán a realizar un seguimiento de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de \$4,130. Mucha gente no lo alcanza en un año.

Si alcanza esta cantidad, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de brecha de cobertura.

H. Etapa 2: Etapa de brecha de cobertura

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

También recibe cierta cobertura para medicamentos genéricos. Usted paga no más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. El monto pagado por el plan por medicamentos genéricos (75%) no cuenta para sus costos de bolsillo. Solo la cantidad que paga cuenta y lo mueve a través del período sin cobertura.

Continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen la cantidad máxima que ha establecido Medicare. En 2021, esa cantidad es de \$6,550.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como gastos de bolsillo. Cuando alcanza un límite de desembolso personal de \$6,550, abandona la Etapa de brecha de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

H1. Cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

Cuando sume sus costos de bolsillo, puede incluir los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre las reglas para la cobertura de medicamentos).

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- La etapa del deducible
- La etapa de cobertura inicial
- Etapa de brecha de cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos usted mismo, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos también se incluyen si los realizan otras personas u organizaciones determinadas en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos realizados por:
 - un amigo o pariente,
 - la mayoría de las organizaciones benéficas,
 - Programas de asistencia con medicamentos contra el SIDA,
 - un programa estatal de asistencia farmacéutica calificado por Medicare,
 - el Servicio de Salud para Indígenas, o
 - Programa de ayuda adicional de Medicare
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos durante el período sin cobertura de Medicare.
- Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

- La cantidad que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en el período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno como TRICARE y Veterans Affairs.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación para trabajadores).
 - Si alguna otra organización, como las que se enumeran anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso personal por medicamentos, debe informar a nuestro plan.

I. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanza el límite de desembolso personal de \$6,550 para sus medicamentos recetados, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Permanecerá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

Su parte del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el monto que sea mayor:

- ya sea un coseguro del 5% del costo del medicamento, o
- \$3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$9.20 por todos los demás medicamentos.

Nuestro plan paga el resto del costo.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



J. Los costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Puede haber ocasiones en las que desee preguntarle a su médico sobre la prescripción de un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo, no tendrá que pagar el suministro de un mes completo para ciertos medicamentos.

Cuando obtiene un suministro de un medicamento para menos de un mes, el monto que paga se basa en la cantidad de días del medicamento que obtiene. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que obtiene.

- Aquí tiene un ejemplo: digamos que el copago de su medicamento por el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.30. Esto significa que el monto que paga por su medicamento es un poco más de \$0.04 por día. Si obtiene un suministro de 7 días del medicamento, su pago será un poco más de \$0.04 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de \$0.30.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro de un mes completo.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes completo, si esto le ayuda a:
 - planificar mejor cuándo reabastecer sus medicamentos,
 - coordinar resurtidos con otros medicamentos que toma, y
 - hacer menos viajes a la farmacia.

K. Vacunas

Nuestro plan cubre las vacunas de la Parte D de Medicare. Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



1. La primera parte de la cobertura es por el costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
2. La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. A esto a veces se le llama la “administración” de la vacuna. Por ejemplo, a veces puede recibir la vacuna en forma de inyección que le administra su médico.

K1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que primero nos llame a Servicios para Miembros cuando esté planeando vacunarse.

- Podemos informarle sobre cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos utilizando farmacias y proveedores de la red. Las farmacias de la red son farmacias que han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud. Un proveedor de la red debe trabajar con el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) para asegurarse de que usted no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D de Medicare.

K2. Lo que paga por una vacuna de la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para lo que está siendo vacunado).

- Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4, Sección C.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Es posible que deba pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare.

Aquí hay tres formas comunes en las que podría recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y la vacuna en la farmacia.
 - Le pagará a la farmacia el monto de su copago y / o coseguro por la vacuna y el costo de administrarle la vacuna.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



2. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y el médico le aplica la inyección.
 - Pagará el costo total de la vacuna y el costo de administrarle la vacuna
 - Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo (consulte el Capítulo 7 para saber cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo)
 - Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su copago y / o coseguro normal por la vacuna (incluida la administración) menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).
3. Obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la aplique.
 - Pagará un copago o coseguro por la vacuna.
 - Pagará el costo de administrarle la vacuna.
 - Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo (consulte el Capítulo 7 para saber cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo)
 - Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por administrar la vacuna menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



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

Introducción

Este capítulo le indica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También le informa cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del *Manual para miembros*.

Tabla de Contenido

A. Solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	2
B. Enviar una solicitud de pago	4
C. Decisiones de cobertura.....	5
D. Apelaciones.....	6

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com



A. Solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan los servicios y medicamentos que ya recibió. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos, envíenos la factura.

- Si los servicios o medicamentos están cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si los servicios o medicamentos están cubiertos y ya pagó más que su parte del costo, tiene derecho a que le devuelvan el dinero.
- Si los servicios o medicamentos no están cubiertos, se lo informaremos.

Nota: No podemos reembolsar directamente a los miembros del Plan D-SNP Estándar del Plan Medicare Advantage (HMO-DSNP) por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura que supera su copago por los servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. No debe pagar la factura usted mismo. Nos comunicaremos directamente con el proveedor. Pero si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si siguió las reglas para obtener el servicio o artículo.

Comuníquese con Servicios para Miembros o con su Coordinador de atención si tiene alguna pregunta. Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

A continuación, se muestran ejemplos de ocasiones en las que es posible que deba pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Debe pedirle al proveedor que le facture al plan.

- Si paga el monto total cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- 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 tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com 2



- Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si ya pagó más que su parte del costo del servicio, calcularemos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturar al plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Community First Medicare Advantage Plan y D-SNP (HMO) cuando reciba cualquier servicio o receta. La facturación incorrecta o inapropiada ocurre cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a usted un monto superior al costo compartido del plan por los servicios. **Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas.**

- Como miembro del plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO), solo tiene que pagar el copago cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le facturen más de esta cantidad. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si decidimos no pagar algunos cargos, aún no tiene que pagarlos.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema.
- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos los servicios cubiertos o la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda según el plan.

3. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su receta.

- Podemos cubrir recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.

4. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite communityfirstmedicare.com 3

- Si la farmacia no puede obtener la información que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo total de una receta de un medicamento que no está cubierto

Puede pagar el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) del plan, o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que se aplique a su caso. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga el medicamento, pero cree que debería estar cubierto, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9).
 - Si usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas creen que necesita el medicamento de inmediato, puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite un reembolso. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico u otra persona autorizada a dar recetas para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. A esto se le llama tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.

Para saber cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

B. Enviar una solicitud de pago

Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de atención.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com 4



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

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web www.communityfirstmedicare.com o puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana) y solicite el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos recetados
Community First Health Plans, Inc.
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, Texas 78249

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

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

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidiremos si el plan cubre su atención médica o medicamento. También decidiremos la cantidad, si corresponde, que debe pagar por la atención médica o el medicamento.

- Le informaremos si necesitamos más información suya.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas para obtenerlos, pagaremos nuestra parte del costo correspondiente. Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le pagaremos directamente al proveedor.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com 5



El Capítulo 3 explica las reglas para obtener sus servicios cubiertos. El Capítulo 5 explica las reglas para obtener la cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta explicando por qué no. La carta también explicará sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede solicitarnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le llama hacer una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el monto que pagamos.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.

Si tiene preguntas, llame al Plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

En este capítulo, encontrará sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Nosotros debemos respetar sus derechos. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Tabla de contenido

A. Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan	3
A1. Su derecho a obtener información de una manera que satisfaga sus necesidades	3
B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	4
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés).....	7
C1. Cómo protegemos su PHI	7
C2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos	7
D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted	8
E. Inhabilidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente	9
F. Su derecho a retirarse del plan	9
G. Su derecho a decidir sobre su cuidado de salud	9
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud.....	9
G2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud	10
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	11

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos 12

H1. Qué hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o desea más información sobre sus derechos 12

I. Sus responsabilidades como miembro del plan..... 13

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



A. Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

A1. Su derecho a obtener información de una manera que satisfaga sus necesidades

Tenemos la obligación de avisarle sobre los beneficios del plan, su salud, sus opciones de tratamiento y sus derechos, de una manera que usted pueda entenderlo. Tenemos la obligación de avisarle cuáles son sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicios al miembro. Nuestro plan tiene personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede darle materiales en idiomas que no son en español y en formatos como letras grandes, braille o audio.
 - Si prefiere recibir sus materiales en idiomas que no son en español o en formato alternativo, llame al 1-833-434-2347, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, 7 días a la semana). La llamada es gratuita.
 - Actualizaremos su registro personal y mantendremos su idioma o formato preferido como una solicitud permanente
 - En el futuro, cuando llame a Servicios para Miembros, verificaremos esta información. Puede solicitarnos que lo actualicemos en cualquier momento. El número de teléfono de Servicios para Miembros se puede encontrar en la parte inferior de esta página
- Si tiene problemas para obtener información de su plan por problemas de idioma o alguna discapacidad y quiere presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan:

- Usted tiene derecho a una oportunidad razonable para elegir un plan de salud y un proveedor de cuidado primario (PCP) en la red del plan. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.
- Un PCP es el médico o proveedor de cuidado de salud que usted verá más seguido y quien coordinará sus cuidados. Puede encontrar más información sobre elegir un PCP en el Capítulo 3.
 - Llame a Servicios para miembros o busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* para saber más sobre los proveedores de la red y cuáles médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a cambiar de plan o proveedor de manera razonablemente fácil. Esto incluye el derecho a:
 - Que le digan cómo elegir y cambiar su plan de salud y su PCP.
 - Elegir cualquier plan de salud que usted quiera y que esté disponible en su área y a elegir su PCP del plan.
 - Que le digan con qué frecuencia usted puede cambiar de plan.
 - Que le digan qué otros planes hay disponibles en su área.
- Tiene derecho a acceder a ciertos servicios sin una referencia. Una referencia es una aprobación de su PCP para visitar un médico que no es su PCP. Los miembros pueden obtener los siguientes servicios sin una referencia:
 - Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de senos, mamografías de detección (radiografías de senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor de la red
 - Vacunas contra la gripe de un proveedor de la red
 - Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
 - Servicios necesarios con urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- temporalmente o no se puede acceder a ellos (por ejemplo, cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan)
- Servicios de diálisis que usted recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, póngase en contacto con Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar que tenga diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Llame al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, 7 días a la semana.) La llamada es gratuita.
 - Suministros para diabéticos y zapatos terapéuticos o plantillas de un proveedor de la red.
 - Servicios quiroprácticos de un proveedor de la red
 - Visitas a un especialista dentro de la red de un proveedor de la red
 - Servicios de salud mental y/o psiquiátricos de un proveedor de la red
 - Servicios de podología de un proveedor de la red
 - Servicios del programa de tratamiento de opioides de un proveedor de la red
 - Servicios ambulatorios de abuso de sustancias de un proveedor de la red
 - Servicios de sangre ambulatorios de un proveedor de la red
 - Su examen anual de salud de un proveedor de la red
 - Beneficios complementarios cubiertos, como nuestros programas de salud y ejercicios
 - Servicios de educación y prevención cubiertos por Medicare
 - Servicios dentales preventivos e integrales de un proveedor de la red
 - Exámenes de la vista y anteojos de un proveedor de la red
 - Exámenes auditivos y audífonos de un proveedor de la red
- Usted tiene derecho a obtener servicios cubiertos de proveedores de la red en un tiempo razonable.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de emergencia o cuidado necesario de urgencia sin una autorización previa.
- Usted tiene derecho a que sus recetas sean surtidas sin demoras largas en cualquiera de las farmacias de nuestra red.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede ver a un proveedor fuera de la red. Para saber sobre proveedores fuera de la red, lea el Capítulo 3
- Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar tratamiento y de participar activamente en las decisiones de tratamiento. Eso incluye el derecho a:
 - Trabajar como parte de un equipo con su proveedor, para decidir qué cuidado de salud es el mejor para usted.
 - Decir sí o no al cuidado recomendado por su proveedor.
- Usted tiene derecho de acceso oportuno a un cuidado sin barreras físicas ni de comunicación. Esto incluye el derecho a:
 - Tener acceso telefónico a un profesional médico las 24 horas del día, siete días a la semana, para obtener el cuidado de urgencia o el cuidado de emergencia que necesite.
 - Obtener cuidados médicos de manera oportuna.
 - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de cuidado de salud. Esto incluye acceso sin barreras para personas con discapacidades o con otras condiciones que limiten su movilidad, de acuerdo con la Ley de estadounidenses con discapacidades.
 - Tener intérpretes, si es necesario, durante las citas con sus proveedores y cuando hable con su plan de salud. Los intérpretes incluyen personas que puedan hablar en su idioma materno, ayudar a alguna persona con discapacidad o ayudarlo a entender la información.
 - Que le den información que usted pueda entender sobre las reglas de su plan de salud, incluyendo los servicios de cuidado de salud que puede obtener y cómo obtenerlos.

El Capítulo 9 también dice qué puede hacer si le negamos cobertura para sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés)

Nosotros protegemos su información médica personal (PHI) tal como lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información que usted nos dio cuando se inscribió en este plan. También incluye sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derecho a recibir información y a controlar la forma en que se usa su PHI. Le enviaremos un aviso por escrito para informarle sobre estos derechos. Este aviso se llama “Aviso de prácticas de privacidad”. En el aviso también se explica la forma en que protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización, lea ni cambie sus expedientes.

En casi ninguna situación le daremos su PHI a alguien que no esté proporcionándole cuidado o pagando por su cuidado. Si lo hacemos, estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito. El permiso por escrito puede darlo usted u otra persona que tenga el poder legal para tomar decisiones en su nombre.

Hay algunos casos en los que no tenemos que obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.

- Debemos revelar PHI a instituciones gubernamentales que estén verificando nuestra calidad de cuidado.
- Debemos darle a Medicare su PHI. Si Medicare revela su PHI con fines de investigación u otros fines, se hará de acuerdo con las leyes federales.

C2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos

Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos y a obtener una copia de sus expedientes. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias.

Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus expedientes médicos. Si nos pide hacerlo, trabajaremos con su proveedor de cuidado de salud para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber si su PHI ha sido compartida con otros y cómo se ha hecho. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios al miembro.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted

Como miembro del Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO), usted tiene derecho a pedirnos información. Si no habla inglés, tenemos servicios gratuitos de intérpretes para responder a cualquier pregunta que usted pudiera tener sobre nuestro plan de salud. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al 1-833-434-2347, 8 am a 8 pm, 7 días a la semana. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, 7 días a la semana.) Este servicio es gratuito. También le podemos dar información sin costo en letras grandes, braille o audio.

Si desea saber información sobre cualquiera de lo siguiente, llame a Servicios al miembro:

- Cómo elegir o cambiar de planes
- Nuestro plan, incluyendo:
 - Qué información financiera está disponible
 - Cómo ha sido calificado el plan por los miembros del plan
 - Cuántas apelaciones han hecho los miembros
 - Cómo retirarse del plan.
- Nuestros proveedores de la red y las farmacias de nuestra red, incluyendo:
 - Cómo elegir o cambiar sus proveedores de cuidado primario
 - Certificaciones de nuestros proveedores y farmacias de nuestra red
 - Cómo les pagamos proveedores de nuestra red
 - Para ver una lista de proveedores y farmacias de la red del plan, lea el *Directorio de proveedores y farmacias*. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, llame a Servicios al miembro o vaya a nuestro sitio web www.communityfirstmedicare.com.
- Servicios cubiertos y medicamentos y sobre las reglas que usted debe seguir, incluyendo:
 - Los servicios y medicamentos cubiertos por el plan
 - Los límites de su cobertura y de sus medicamentos
 - Las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Por qué un medicamento o servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto, incluyendo pedirnos que:
 - Expliquemos por escrito por qué el medicamento o servicio no está cubierto
 - Cambiemos una decisión que hayamos tomado
 - Paguemos una factura que usted recibió

E. Inhabilidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores no pueden hacer que usted pague por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle a usted si les pagamos menos de lo que nos cobraron. Para saber qué hacer si un proveedor trata de cobrarle por servicios cubiertos, lea el Capítulo 7.

F. Su derecho a retirarse del plan

Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.

En ciertas situaciones, usted también puede ser elegible para dejar el plan en otras épocas del año.

También tiene derecho a obtener la mayoría de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original.

Consulte el Capítulo 10, para más información sobre cómo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de medicamentos de receta.

G. Su derecho a decidir sobre su cuidado de salud

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de salud cuando reciba servicios. Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda entender. Usted tiene el derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todos los tipos de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen sobre los riesgos que tienen sus servicios o tratamientos. Se le debe avisar por anticipado si cualquiera de

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



sus servicios o tratamientos son parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.

- **Pedir una segunda opinión.** Usted tiene derecho a ver a otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
- **Decir que “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otra institución médica, incluso si su doctor le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar un medicamento. Si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar un medicamento, no lo quitarán del plan. No obstante, si usted rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le ocurra.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor le negó el cuidado.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le negó un cuidado que usted cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que le fue negado o que normalmente no está cubierto.** Eso se llama "decisión de cobertura". El Capítulo 9 dice cómo pedir una decisión de cobertura del plan.

G2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de salud por sí mismas. Antes de que esto suceda, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **darle a otra persona derecho a tomar decisiones sobre su cuidado de salud en su nombre.**
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que administren su cuidado de salud si usted no puede tomar decisiones.

El documento legal que puede usar para dar sus instrucciones se llama directiva anticipada. Hay diferentes tipos de directivas anticipadas, que tienen diferentes nombres. Algunos ejemplos son un testamento en vida y un poder legal para cuidados de salud.

Usted no tiene que usar una directiva anticipada, pero puede hacerlo si lo desea. Esto es lo que tiene que hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, un abogado, una agencia de servicios legales o un trabajador social. Es posible que las organizaciones que informan a la gente sobre Medicare o Texas Medicaid como los Programas Estatales Asistidos por Seguros de Salud (SHIP) y la Comisión de Salud y Servicios

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Humanos de Texas, también tengan formularios de directivas anticipadas. Usted también puede comunicarse con Servicios al miembro para pedir los formularios.

- **Llene y firme el formulario.** El formulario es un documento legal. Debería considerar pedirle a un abogado que le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias a las personas que tienen que saber sobre el formulario.** Usted debería darle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que nombre para tomar decisiones por usted. Es posible que también quiera darles copias a sus amigos cercanos o a miembros de su familia. Asegúrese de conservar una copia en su casa.
- Si le van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.

Si no firmó un formulario de directiva anticipada, en el hospital tienen formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde: llenar una directiva anticipada es una decisión suya.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Junta Médica de Texas o la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Consulte el Capítulo 2 para obtener información de contacto sobre las agencias específicas de su estado.

Para presentar una queja sobre un hospital o centro de atención médica (excepto instalaciones de abuso de sustancias o tratamiento de estupefacientes), comuníquese con:

Health and Human Services Commission

Complaint and Incident Intake

Mail Code E-249

PO Box 149030

Austin, Texas 78714-9030

Complaint Hotline: 1-888-973-0022

Email: hfc.complaints@hhsc.state.tx.us

Para presentar una queja contra el abuso de sustancias o las instalaciones de tratamiento de narcóticos, comuníquese con:

Health and Human Services Commission

Complaint and Incident Intake

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Mail Code E-249
 PO Box 149030
 Austin, Texas 78714-9030
 Complaint hotline: (512) 834-6650 Option 8
 Email: cii.SA@hhsc.state.tx.us

Para presentar una queja contra un médico, por favor:

- Envíe su queja electrónicamente a través del Formulario de queja en línea en <http://www.tmb.state.tx.us/form>, o
- Llame a la línea directa de quejas al 1-800-201-9353, o
- Imprima una versión .pdf del Formulario de Queja en <http://www.tmb.state.tx.us/page/place-a-complaint> y envíelo por correo a:

Texas Medical Board
 Investigations Department MC-263
 P.O. Box 2018
 Austin, TX 78768-2018

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos

El Capítulo 9, dice qué puede hacer si usted tiene problemas o inquietudes sobre su cuidado o servicios cubiertos. Por ejemplo, usted podría pedirnos tomar una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Usted también tiene derecho a una audiencia imparcial del estado, en cualquier momento.

Usted tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros hayan presentado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios al miembro.

Usted tiene derecho a recibir una respuesta oportuna a una queja.

H1. Qué hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o desea más información sobre sus derechos

Si cree que le han tratado de forma injusta, y **no** se trata de discriminación por los motivos indicados en el Capítulo 11, o desea más información sobre sus derechos, puede obtener ayuda llamando al:

- Servicios al miembro al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, 7 días a la semana. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, 7 días a la semana.) La llamada es gratuita.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- El Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP). Para conocer los detalles acerca de esta organización y cómo comunicarse con ellos, lea el Capítulo 2
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios al miembro.

- **Lea el *Manual del miembro*** para saber qué está cubierto y qué reglas debe seguir para obtener los servicios y medicamentos cubiertos. Para detalles sobre sus:
 - Servicios cubiertos, lea los Capítulos 3 y 4. En estos capítulos se explica qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y qué pagará usted.
 - Medicamentos cubiertos, lea los Capítulos 5 y 6.
- **Infórmenos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos de receta** que usted tenga. Estamos obligados a asegurarnos de que esté usando todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidados de salud. Llame a Servicios al miembro si usted tiene otra cobertura.
 - Estamos obligados a seguir las reglas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted está usando toda su cobertura en combinación cuando reciba sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama "coordinación de beneficios" porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos disponible para usted. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de salud** que usted está inscrito en nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cada vez que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayude a sus médicos** y a otros proveedores a darle el mejor cuidado.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Entrégueles la información completa y exacta que necesiten sobre usted y su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus proveedores hayan acordado.
- Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan sobre todos los medicamentos que usted esté tomando. Esto incluye medicamentos de receta, medicamentos de venta sin receta médica, vitaminas y suplementos.
- Asegúrese de hacer todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deberán explicarle todo de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea amable.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted se comporte de manera respetuosa en el consultorio de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores. Esperamos que usted cancele con anticipación las citas, cuando no pueda asistir y que asista a sus citas programadas.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de pagar:
 - Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
 - NOTA: Para la mayoría de los miembros del Community First Medicare Advantage D-SNP Standard Plan (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y por su prima de la Parte B. Si Medicaid no está pagando sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando reciba el medicamento. Este será un copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 dice lo que deberá pagar por sus servicios y respaldos a largo plazo.] El Capítulo 6 dice lo que deberá pagar por sus medicamentos.
 - **Si usted recibe servicios o medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total.** Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Lea el Capítulo 9 para saber cómo presentar una apelación.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Si usted está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
- Si usted está obligado a pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales, usted debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Servicios al miembro.
 - **Si se muda afuera de nuestra área de servicio, no puede permanecer en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden tener el Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO). El Capítulo 1 le informa sobre cuál es nuestra área de servicio.
 - Le ayudaremos a determinar si usted se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, usted podrá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de receta de Medicare en su nueva área. Le podemos avisar si tenemos un plan allí.
 - Tampoco se olvide de avisarle a Medicare y Texas Medicaid su nueva dirección. Lea el Capítulo 2 y allí encontrará los números de teléfono de Medicare y Texas Medicaid.
 - **Si usted se muda pero permanece dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener su expediente actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante decirle al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Consulte el Capítulo 2 para ver los números de teléfono de estas organizaciones.
- Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios al miembro.
- Usted debe someterse a las políticas y procedimientos del plan de salud. Esto incluye la responsabilidad de:
 - Asegurarse de tener la aprobación de su Proveedor de Cuidado Primario antes de ver a un especialista.
- Usted debe compartir información sobre su salud con su Proveedor de Cuidado Primario y enterarse sobre las opciones de servicios y tratamientos. Esto incluye la responsabilidad de:

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Ayudar a que los proveedores obtengan sus expedientes médicos.
- Trabajar en equipo con su coordinador de servicios para decidir qué cuidado de salud es el mejor para usted.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage and D-SNP (HMO) at 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



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

Introducción

En este capítulo hay información sobre sus derechos. Léalo para saber qué hacer, si:

- Usted tiene un problema o una queja sobre su plan.
- Usted necesita un servicio, suministro o medicamento y su plan ha dicho que no lo pagará.
- Usted no está de acuerdo con una decisión tomada por su plan sobre su cuidado.
- Usted cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar con facilidad la información que está buscando.

Si usted está teniendo un problema con su salud o con sus servicios y respaldos a largo plazo

Usted debería recibir el cuidado de salud, los medicamentos y los servicios y respaldos a largo plazo que su doctor y otros proveedores consideren necesarios como parte del Plan de cuidado. **Si está teniendo un problema con su cuidado, puede llamar a la Oficina del ombudsman de HHSC al 1-866-566-8989 para que le ayuden.** En este capítulo se explican las opciones que usted tiene para atender distintos problemas y quejas. Sin embargo, siempre que lo necesite, usted podrá llamar a la Oficina del ombudsman de HHSC y solicitar orientación mientras se resuelve su problema.

Para recursos adicionales para atender sus inquietudes y las maneras de contactarlos, lea el Capítulo 2 para más información sobre los programas de ombudsman.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



Tabla de Contenido

A. Qué hacer si tiene un problema	4
A1. Acerca de los términos legales	4
B. Dónde llamar para pedir ayuda	4
B1. Dónde obtener más información y ayuda	4
C. Problemas con sus beneficios.....	5
C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja.....	5
D. Decisiones de cobertura y apelaciones.....	6
D1. Resumen de decisiones de cobertura y apelaciones	6
D2. Obteniendo ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones.....	7
D3. Usar la sección de este capítulo que puede ayudarle	8
E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D)	9
E1. Cuándo usar esta sección	9
E2. Pidiendo una decisión de cobertura.....	10
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D)	13
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de la Parte D)	18
E5. Problemas de pagos.....	19
F. Medicamentos de la Parte D.....	21
F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D	21
F2. Qué es una excepción	23

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



F3. Qué debe saber cuando pide una excepción.....	24
F4. Cómo pedir una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción .	26
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D.....	30
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D.....	33
G. Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital	34
G1. Aprendiendo sobre sus derechos de Medicare	35
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital.....	36
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital.....	39
G4. Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar	40
H. Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.....	42
H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura.....	43
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado.....	43
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar su cuidado.....	46
H4. Qué sucede si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1.....	47
I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	49
I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare	49
J. Cómo presentar una queja.....	49
J1. Qué tipos de problemas deberían causar una queja.....	49
J2. Quejas internas	51
J3. Quejas externas	52

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



A. Qué hacer si tiene un problema

En este capítulo se explica qué hacer si tiene un problema con su plan o con sus servicios o pagos. Medicare y Texas Medicaid aprobaron estos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Algunas de las reglas y fechas límite en este capítulo tienen términos legales difíciles. Algunos de esos términos pueden ser difíciles de entender, así que hemos usado palabras más sencillas en lugar de algunos términos legales. Además, usamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización,” “determinación de beneficios,” “determinación en riesgo,” o “determinación de cobertura”
- “Decisión rápida de cobertura” en lugar de “determinación acelerada”

Conocer los términos legales adecuados podría ayudarle a comunicarse con más claridad; por eso, también proporcionamos esos términos legales.

B. Dónde llamar para pedir ayuda

B1. Dónde obtener más información y ayuda

En ocasiones, puede ser confuso comenzar o continuar el proceso para solucionar un problema. Esto puede ser especialmente difícil si usted no se siente bien o no tiene energía. Otras veces, es posible que no sepa cómo dar el siguiente paso.

Usted puede obtener ayuda de la Oficina del ombudsman de HHSC

Si usted necesita ayuda, puede llamar a la Oficina del ombudsman de HHSC. La Oficina del ombudsman de HHSC le responderá sus preguntas y le ayudarán a comprender qué hacer para resolver su problema. Para más información sobre los programas de ombudsman, lea el Capítulo 2.

La Oficina del ombudsman de HHSC no está conectada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. La Línea de ayuda para personas de la tercera edad podrá ayudarle a

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



comprender qué proceso usar. El teléfono de la Oficina del ombudsman de HHSC es el 1-866-566-8989. Los servicios son gratuitos.

Usted puede obtener ayuda del Programa de asistencia con los seguros de salud del estado (SHIP)

Usted también puede llamar al Programa de asistencia con los seguros de salud de su estado (SHIP). Los consejeros de SHIP podrán responder a sus preguntas y ayudarle a comprender qué hacer para solucionar su problema. El programa SHIP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El programa SHIP tiene consejeros capacitados en cada estado y los servicios de SHIP son gratuitos. En Texas, el programa SHIP se llama Programa de información, consejería y asesoramiento de salud (HICAP). El teléfono de HICAP es el 1-800-252-3439.

Obteniendo ayuda de Medicare

Usted puede llamar directamente a Medicare para pedir ayuda si tiene problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. TTY: 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.
- Visite al sitio web de Medicare en [es.medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Obteniendo ayuda de Texas Medicaid

Usted puede llamar directamente a Texas Medicaid para solicitar ayuda con sus problemas. Hay dos maneras de obtener ayuda de Texas Medicaid:

- Llame al 1-800-252-8263 ó 2-1-1. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989 ó 7-1-1. La llamada es gratuita.
- Visite el sitio web de Texas Medicaid yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov/es/.

C. Problemas con sus beneficios

C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja

Si usted tiene un problema o una inquietud, sólo necesita leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación. En la siguiente tabla podrá encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



<p>¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?</p> <p>(Esto incluye problemas relacionados sobre si su cuidado médico particular o medicamentos de receta están o no cubiertos y problemas relacionados con los pagos por cuidados médicos o medicamentos de receta.)</p>	
<p>Sí.</p> <p>Mi problema es sobre beneficios o cobertura.</p> <p>Vaya a la Sección D, “Decisiones de cobertura y apelaciones”</p>	<p>No.</p> <p>Mi problema no es sobre beneficios o cobertura.</p> <p>Salte a la Sección J: “Cómo presentar una queja”</p>

D. Decisiones de cobertura y apelaciones

D1. Resumen de decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones se ocupa de problemas relacionados con sus beneficios y cobertura. También incluye problemas con los pagos.

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos, artículos o medicamentos. Nosotros estaremos tomando una decisión de cobertura cada vez que decidamos qué cubriremos por usted y cuánto pagaremos.

Si usted o su médico no están seguros si un servicio, artículo o medicamento está cubierto por Medicare o Texas Medicaid, cualquiera de ustedes puede pedir una decisión de cobertura antes que el médico proporcione el servicio, artículo o medicamento.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y que la modifiquemos, si usted cree que cometimos un error. Por ejemplo, nosotros podríamos decidir que un servicio, artículo o medicamento que usted quiere no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Texas Medicaid. Si usted o su doctor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



D2. Obteniendo ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones

¿A quién puedo llamar para obtener ayuda con las decisiones de cobertura o para presentar una apelación?

Usted podrá pedirle ayuda a cualquiera de las siguientes personas:

- Llame a **Servicios al miembro** al 1-833-434-2347
- Puede llamar a la **Oficina del ombudsman de HHSC** para pedir ayuda gratuita. Ellos le proporcionan ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid que tienen problemas de servicios o facturación. El número de teléfono es: 1-877-566-8989.
- Puede llamar al **Programa de asistencia con los seguros de salud del estado (SHIP)** para obtener ayuda gratuita. SHIP es una organización independiente y no está conectada con este plan. En Texas, el programa SHIP se llama Programa de información, consejería y asesoramiento de salud (HICAP). El número de teléfono es: 1-800-252-3439.
- Hable con **su médico o con otro proveedor**. Su médico u otro proveedor podrán pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación en su nombre y actuar como su representante.
- Hable con un **amigo o miembro de su familia** y pídale que actúe en su nombre. Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante” para pedir una decisión de cobertura o para apelar.
 - Si usted desea que un amigo, un pariente u otra persona sea su representante llame a Servicios al miembro y pida el formulario “Nombramiento de un representante”.
 - También podrá obtener este formulario entrando en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf. Este formulario autoriza a la persona a actuar en su nombre. Deberá darnos una copia del formulario firmado.
- **Usted también tiene derecho a pedirle a un abogado** que actúe en su nombre. Puede llamar a su propio abogado o conseguir el nombre de un abogado de la asociación local de abogados u otro servicio de referidos. Algunos grupos legales le darán servicios legales gratuitos, si usted es elegible. Si quiere que un abogado le represente, deberá llenar el formulario de Nombramiento de un representante.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Sin embargo, **usted no tiene que tener un abogado** para pedir cualquier tipo de decisión de cobertura ni para apelar.

D3. Usar la sección de este capítulo que puede ayudarle

Hay cuatro tipos de situaciones que incluyen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Hemos dividido este capítulo en diferentes secciones para ayudarle a encontrar las reglas que deberá seguir. **Usted sólo necesitará leer las partes de este capítulo que correspondan a su situación:**

- **La Sección E** le da información si tiene problemas sobre los servicios, artículos y algunos medicamentos (pero no medicamentos de la Parte D). Por ejemplo, use esta sección si:
 - No está recibiendo un servicio que usted quiere y cree que nuestro plan lo cubre.
 - No aprobamos algún servicio, artículo o medicamento que su médico quiere darle y usted cree que este cuidado debería ser cubierto.
 - **NOTA:** Use la Sección E, solamente si estos medicamentos **no** están cubiertos por la Parte D. Lea la Sección F para presentar apelaciones por los medicamentos de la Parte D.
 - Usted recibió cuidado médico o servicios que usted cree deberían estar cubiertos, pero nosotros no hemos pagado por este cuidado.
 - Usted recibió y pagó por servicios médicos o artículos que creía que estaban cubiertos y quiere pedirnos que le devolvamos lo que pagó.
 - Le dijeron que la cobertura del cuidado que ha estado recibiendo será reducida o interrumpida y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.
 - **NOTA:** Si la cobertura que será suspendida es por cuidados en un hospital, en el hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), usted deberá leer una sección aparte de este capítulo, ya que para esos tipos de servicios corresponden reglas especiales. Lea las Secciones G y H.
- **La Sección F** le ofrece información sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Quiere pedirnos que hagamos una excepción para cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.
- Quiere pedirnos que cancelemos los límites en la cantidad del medicamento que usted puede recibir.
- Quiere pedirnos que cubramos un medicamento que requiere aprobación previa.
- No aprobamos su pedido o excepción y usted o su médico u otro proveedor creen que deberíamos haberlo aprobado.
- Quiere pedirnos que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. (Esto quiere decir, pedirnos una decisión de cobertura de un pago.)
- **La Sección G** le da información sobre cómo pedirnos que cubramos una estadía más larga en un hospital como paciente hospitalizado, si usted cree que su doctor le está dando de alta demasiado pronto. Use esta sección si:
 - Usted está en el hospital y cree que su doctor ha pedido que usted reciba el alta del hospital demasiado pronto.
- **La Sección H** da información si usted cree que su cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto.

Si no está seguro sobre qué sección debe usar, llame a Servicios al miembro.

Si necesita otra ayuda o información, por favor llame a la Oficina del ombudsman de HHSC al 1-866-566-8989.

E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D)

E1. Cuándo usar esta sección

Esta sección es sobre lo que tiene que hacer si tiene problemas con sus beneficios por sus cuidados médicos, cuidado de salud del comportamiento y servicios de cuidados a largo plazo. También puede usar esta sección para solucionar problemas con medicamentos que **no** estén cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos de la Parte B de Medicare. Utilice la Sección F para apelaciones por medicamentos de la Parte D.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Esta sección le dice qué puede hacer si usted está en una de las cinco situaciones siguientes:

1. Cree que cubrimos un servicio médico, de salud del comportamiento o a largo plazo que necesita, pero no lo está recibiendo.

Qué puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la Sección E2 para leer la información sobre cómo pedir una decisión de cobertura.

2. No aprobamos el cuidado que su médico quiere darle y usted cree que deberíamos aprobarlo.

Qué puede hacer: Puede apelar nuestra decisión sobre no aprobar el cuidado. Vaya a la sección E3 para obtener información sobre cómo apelar.

3. Usted recibió servicios o artículos que usted creía que cubríamos, pero no pagaremos por ellos.

Qué puede hacer: Usted podrá apelar nuestra decisión de no pagar. Vaya a la sección E3 para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

4. Usted recibió y pagó por servicios o artículos que usted creía que estaban cubiertos y ahora desea que le devolvamos lo que usted pagó por dichos servicios o artículos.

Qué puede hacer: Usted puede pedir que el plan le devuelva lo que usted pagó. Vaya a la sección E5 para obtener información sobre cómo pedirnos la devolución de su pago.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura por cierto servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Qué puede hacer: Usted puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender el servicio. Vaya a la sección E3 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

NOTA: Si la cobertura que será suspendida es por cuidado en un hospital, cuidado de salud en su hogar, en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) corresponden reglas especiales. Lea las Secciones G u H para obtener más información.

E2. Pidiendo una decisión de cobertura

Cómo pedir una decisión de cobertura para obtener servicios médicos, servicios de salud del comportamiento o servicios de cuidado de la salud a largo plazo

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



Para pedir una decisión de cobertura, llámenos, escríbanos o envíenos un fax o pídale a su representante o a su médico que nos pidan tomar una decisión.

- Puede llamarnos al: 1-8333-434-2347 TTY: 1-800-390-1175
- Puede enviarnos un fax al: 210-358-6408 or 210-358-6409
- Puede escribirnos a:

Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO)

12238 Silicon Drive, Ste 100

San Antonio, TX 78249

¿Cuánto tiempo tarda una decisión de cobertura?

Generalmente toma hasta 3 días laborables después de pedirla, a menos que su solicitud sea para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, le comunicaremos la decisión antes de las 72 horas desde la recepción de su solicitud. Si no le informamos sobre nuestra decisión a más tardar en 3 días laborables (o 72 horas para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare), puede apelar.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápida?

Sí. Si debido a su salud necesita una respuesta más rápida, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos su pedido, le avisaremos sobre nuestra decisión a más tardar en 1 día laborable (o en un plazo de 24 horas para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare).

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación acelerada.”

Pidiendo una decisión de cobertura rápida:

- Si usted nos pide una decisión de cobertura rápida, llámenos o comuníquese por fax con nuestro plan para pedirnos que cubramos el cuidado que desea.
- Puede llamarnos al 1-833-434-2347 (TTY 1-800-390-1175) o enviarnos un fax al 210-358-6408 o 210-35. Para saber cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2.
- También puede pedirle a su proveedor o representante que nos llame.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Estas son las reglas para pedir una decisión de cobertura rápida:

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir estos dos requisitos:

1. Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si está pidiendo algún cuidado o un artículo que aún no ha recibido**. (Usted no podrá solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud tiene que ver con un pago por cuidados médicos o un artículo que ya recibió.)
2. Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **solamente si el tiempo estándar de 3 días laborables (o el límite establecido de 72 horas para medicamentos de receta de la Parte B de Medicare) puede causar daños serios a su salud o afectar su habilidad para desempeñarse**.
 - Si su médico determina que necesita una decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
 - Si nos pide una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si usted puede obtener una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para que tomemos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. También usaremos la fecha límite estándar de 3 días laborables (o el límite establecido de 72 horas para los medicamentos de receta de la Parte B de Medicare).
 - Esta carta le dirá que, si su doctor nos pide que tomemos la decisión de cobertura rápida, lo haremos automáticamente.
 - La carta le dirá también cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. (Para obtener más información sobre el proceso de quejas, incluyendo las quejas rápidas, lea la Sección J.)

Si la decisión de cobertura es No, ¿cuándo lo sabré?

Si la respuesta es **No**, en la carta que le enviemos le explicaremos nuestros motivos para responder que **No**.

- Si decimos que **No**, usted tiene derecho a apelar para pedirnos que cambiemos esta decisión. Apelar significa pedirnos que revisemos nuestra decisión de rechazar la cobertura.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Si usted decide apelar la decisión de cobertura, eso significa que estará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones (lea más información en la sección siguiente).

E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D)

¿Qué es una apelación?

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión y la cambiemos si usted cree que hemos cometido un error. Si usted o su médico u otro proveedor no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar.

Si necesita ayuda durante el proceso de apelación, usted puede llamar a la Oficina del ombudsman de HHSC al 1-866-566-8989. La Oficina del ombudsman de HHSC no está conectada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



¿Qué es una Apelación de Nivel 1?

Una Apelación de Nivel 1 es la primera apelación presentada ante nuestro plan. Nosotros revisaremos nuestra decisión de cobertura para ver si es correcta. La persona que hará la revisión no será la misma persona que tomó la decisión de cobertura inicial. Cuando terminemos la revisión, le enviaremos nuestra decisión por escrito.

Si después de nuestra revisión le avisamos que el servicio o artículo no será cubierto, su caso podrá ir a la Apelación de Nivel 2.

¿Cómo presento una Apelación de Nivel 1?

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro proveedor o su representante deberá comunicarse con nosotros. También puede llamarnos al 1-833-434-2347 (TTY 1-800-390-1175).
- Usted podrá presentar una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.
- Si usted está pidiendo una apelación estándar o una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo a nuestras oficinas por correo o fax. También puede llamarnos para apelar.

- Pregunte **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
- Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **usted tendrá un plazo más corto para apelar**, si quiere seguir recibiendo que ese servicio continúe mientras su apelación está en proceso.
- Lea este capítulo para saber sobre las fechas límites para su apelación.

Para saber más sobre cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación, lea el Capítulo 2.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración expedita**”.

¿Alguien más puede presentar la apelación en mi nombre?

Sí. Su médico u otro proveedor podrán solicitar la apelación en su nombre. También, otra persona además de su médico podrá solicitar una apelación en su nombre, pero primero usted deberá completar un formulario de Nombramiento de un representante. El formulario autorizará a la otra persona a actuar en su nombre.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, pídalo llamando a Servicios al miembro o visite www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf.

Si la apelación es hecha por otra persona que no sea usted o su médico u otro proveedor, debemos recibir el formulario completo de Nombramiento de un representante antes de poder revisar su pedido.

¿Cuánto tiempo tengo para presentar una apelación?

Usted deberá presentar una apelación **a más tardar 60 días calendario** después de la fecha de la carta que le enviemos para darle nuestra decisión de cobertura.

Si usted deja pasar esta fecha límite por un motivo justificado podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave o no le dimos la información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación. Usted deberá explicar por qué se ha retrasado su apelación cuando la realice.

NOTA: Si usted apela porque le dijimos que un servicio que recibe actualmente será modificado o suspendido, **usted tendrá menos días para apelar**, si quiere seguir recibiendo ese servicio continúe mientras su apelación está en proceso. Para más información, lea "¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de Nivel 1?"

¿Puedo obtener una copia del expediente de mi caso?

Sí. Pídanos una copia gratuita, llamando a Servicios al miembro al 1-833-434-2347.

¿Mi médico puede darles más información para respaldar mi apelación?

Sí. Tanto usted como su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

¿Cómo tomaremos la decisión sobre la apelación?

Nosotros analizaremos con atención toda la información sobre su pedido de cobertura de cuidados médicos. Luego revisaremos que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No** a su pedido. La persona que hará la revisión no será la misma que tomó la decisión original de cobertura. Si la decisión original se basó en una falta de necesidad médica, entonces el revisor será un médico.

Si necesitamos más información, podríamos pedírsela a usted o a su proveedor.

¿Cuándo sabré sobre la decisión tomada en la apelación “estándar”?

Le debemos dar nuestra respuesta a más tardar en 30 días calendario después de recibir su apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



medicamento de receta de la Parte B de Medicare). Le daremos nuestra decisión más pronto, si su enfermedad nos lo exige.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos que necesitamos tomar días adicionales para tomar una decisión, le enviaremos una carta explicándole por qué necesitamos más tiempo. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.
- Si usted piensa que no debemos tomar días adicionales, podrá presentar una “queja rápida” relacionada con nuestra decisión para tomar días adicionales. Cuando usted presente una queja rápida, le responderemos dentro de 24 horas. Para más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la sección J.
- Si no le damos una respuesta a su apelación a más tardar en 30 días calendario (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare) o al final de los días adicionales (si los tomamos), su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Nosotros le avisaremos cuando esto ocurra. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, usted mismo podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, vea la sección E4.

Si nuestra respuesta es Sí a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de 30 días calendario después de recibir su apelación (o en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare).

Si nuestra respuesta es No a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta que le enviaremos le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, le diremos en la carta cómo podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Para obtener más información sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, vaya a la Sección E4.

¿Cuándo sabré sobre una decisión de apelación “rápida”?

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Si usted presenta una apelación rápida, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir su apelación. Le daremos nuestra respuesta más pronto si su salud nos lo exige.

- Sin embargo, si nos pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información, podemos tardar hasta 14 días calendario más. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, le enviaremos una carta explicándole por qué necesitamos más tiempo. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión.
- Si le parece que no deberíamos tomar días adicionales, usted puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en 24 horas. Para más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la sección J.
- Si no respondemos a su apelación dentro de 72 horas o al terminar los días adicionales (si los tomamos), enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones, si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare. Le notificarán cuando esto ocurra. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Texas Medicaid, usted mismo podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Para saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, vaya a la Sección E4.

Si le respondemos Sí a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle esa cobertura dentro de 72 horas después que recibamos su apelación.

Si le respondemos No a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta le diremos que enviamos su caso a la Entidad de revisión independiente para pedir una Apelación de Nivel 2. Para saber más sobre el proceso de Apelación de Nivel 2, vaya a la Sección E4.

¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de Nivel 1?

Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio aprobado anteriormente, le enviaremos un aviso antes de una acción. Si no está de acuerdo con la acción tomada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 1 y pedir que continuemos sus beneficios. Usted **tiene que hacer su solicitud en o antes de las siguientes fechas**, para que sus beneficios continúen:

- Dentro de los 10 días laborables después de la fecha de envío de nuestro aviso de acción, o

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- En la fecha de efectividad de la acción que se va a tomar.

Si usted cumple con este plazo, usted podrá continuar recibiendo el servicio en disputa mientras se procesa su apelación.

E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de la Parte D)

Si el plan dice que No en el Nivel 1, ¿qué sucederá?

Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría ser **cubierto por Medicare**, usted recibirá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante IRE.

¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es una apelación externa, hecha por una organización independiente que no está relacionada con el plan. La organización de Apelaciones de Nivel 2 de Medicare es la Entidad de revisión independiente (IRE).

Mi problema es sobre un servicio o artículo que está cubierto por Medicare. ¿Qué pasará en la Apelación de Nivel 2?

Una Entidad de revisión independiente (IRE) revisará con cuidado la decisión de Nivel 1 y decidirá si debe ser cambiada.

- Usted no necesitará solicitar la Apelación de Nivel 2. Enviaremos automáticamente sus rechazos (de todo o parte) a la IRE. A usted se le notificará cuando esto ocurra.
- La IRE está contratada por Medicare y no está conectada con el plan de salud.
- Usted puede pedir una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al 1-833-434-2347 (TTY 1-800-390-1175).

La IRE debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 a más tardar 30 días calendario después de recibir su apelación (o dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si usted envió su apelación antes de obtener servicios médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información que pueda ayudarle a usted, puede tomar hasta 14 días calendario. Si la IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisarán por carta. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, la IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Si usted tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, tendrá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita reunir más información, podrá tomar hasta 14 días calendario más. Si la IRE decide tomar días adicionales para tomar una decisión, le avisaremos por carta. Si su apelación es para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, la IRE no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión.

¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de Nivel 2?

Si su problema es sobre un servicio cubierto por **Medicare**, sus beneficios de ese servicio no continuarán durante las Apelaciones de Nivel 2.

¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 fue dirigida a la Entidad de revisión independiente (IRE), ellos le enviarán una carta explicándole su decisión.

- Si la IRE responde que **Sí** a una parte o a todo lo que usted pidió en su apelación estándar, debemos aprobarle la cobertura por los cuidados médicos a más tardar en 72 horas o proporcionarle el servicio o artículo dentro de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE. Si usted tuvo una apelación rápida, debemos aprobarle la cobertura por los cuidados médicos o darle el servicio o artículo dentro de las 72 horas desde la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- Si la IRE responde **Sí** a una parte o a todo su pedido en su apelación estándar para un medicamento de receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionarle el medicamento de receta de la Parte B de Medicare en un plazo de 72 horas de haber recibido la decisión de la IRE. Si tiene una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de receta de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice que **No** a una parte o a todo lo que usted pidió, eso significa que están de acuerdo con la decisión de Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

E5. Problemas de pagos

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o artículos recibidos. Esto es verdad incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que éste cobra por

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



un servicio o artículo cubierto. Usted nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura. La única cantidad que se le pedirá que pague es el copago.

Si recibe alguna factura más alta que su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. **No debe pagar la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

Si necesita más información, comience por leer el Capítulo 7, “Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted haya recibido por servicios o medicamentos cubiertos.” En el Capítulo 7 se describen las situaciones en que usted podría necesitar pedir una devolución o pagar una factura que recibió de algún proveedor. Además se le indica cómo enviar los documentos para pedirnos que cubramos tales pagos.

¿Puedo pedirles a ustedes que me devuelvan lo que pagué por su parte de los servicios o artículos?

Recuerde que si recibe una factura que es más alta que su copago por servicios y artículos cubiertos, no debe pagar la factura usted mismo. Pero si la paga, usted podrá recibir un reembolso si siguió las reglas para recibir los servicios y artículos.

Si está pidiendo que le devuelvan el pago, está pidiendo una decisión de cobertura. Decidiremos si el servicio o artículo que usted pagó es un servicio o artículo cubierto y revisaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por nuestra parte del costo de el servicio o artículo, a más tardar en 60 días calendario después de recibir su pedido.
- Si usted no ha pagado todavía por el servicio o artículo, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que **Sí** a su pedido de una decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para decirle que no pagaremos el servicio o artículo y le explicaremos por qué.

¿Y si decimos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede apelar.** Siga los procesos de apelación descritos en la Sección E3. Cuando siga estas instrucciones por favor tenga en cuenta que:

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



- Si hace una apelación para que le paguemos, debemos responderle a más tardar en 60 días calendario después de recibir su apelación.
- Si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un servicio o artículo que ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación rápida.

Si respondemos que **No** a su apelación y el servicio o artículo está cubierto por Medicare, enviaremos su caso automáticamente a la Entidad de revisión independiente (IRE). Le notificaremos por carta si esto pasa.

- Si la IRE no está de acuerdo con nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta para su apelación es **Sí** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que pidió a usted o al proveedor, a más tardar en 60 días calendario.
- Si la IRE dice que **No** a su apelación, eso significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. (Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación.”) En la carta que reciba se le explicarán los derechos de apelación adicionales que usted podría tener. Usted puede apelar solamente si el valor en dólares del servicio o artículo que usted quiere, llega a cierta cantidad mínima. Para más información sobre los niveles adicionales, lea la sección I.

F. Medicamentos de la Parte D

F1. Qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el pago por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos de receta. Casi todos son “medicamentos de la Parte D”. Hay unos cuantos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Texas Medicaid podría cubrir. **Esta sección corresponde sólo a las apelaciones de medicamentos de la Parte D.**

¿Puedo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre medicamentos de receta de la Parte D?

Sí. Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que puede pedirnos que tomemos, sobre sus medicamentos de la Parte D:

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Usted nos pide que hagamos una excepción, como:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no esté en la Lista de medicamentos del plan
 - Pedirnos que cancelemos una restricción a la cobertura del plan por un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener)
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento está en la Lista de medicamentos del plan pero le pedimos que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos).

NOTA: Si su farmacia le dice que no puede surtir su receta, usted recibirá un aviso que le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

- Usted pide que paguemos por un medicamento de receta que ya compró. Esto es, pedir una decisión de cobertura sobre un pago que usted ya hizo.

El término legal para una decisión de cobertura de sus medicamentos de la Parte D es **“determinación de cobertura”**.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, usted puede apelar nuestra decisión. Esta sección explica cómo pedir decisiones de cobertura **y** cómo presentar una apelación.

Use la siguiente tabla para decidir en qué sección hay información sobre su situación:

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



¿En cuál de estas situaciones está usted?

<p>¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita una excepción a una regla o a una restricción para un medicamento que cubrimos?</p> <p>Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Comience con la Sección F2. Lea también las Secciones F3 y F4.</p>	<p>¿Quiere que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener una aprobación previa) para el medicamento que necesita?</p> <p>Puede pedirnos una decisión de cobertura.</p> <p>Salte a la Sección F4.</p>	<p>¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y por el que pagó?</p> <p>Puede pedirnos que le devolvamos el pago. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Salte a la Sección F4.</p>	<p>¿Ya le dijimos que No cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado?</p> <p>Puede apelar. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.)</p> <p>Salte a la Sección F5.</p>
--	---	---	--

F2. Qué es una excepción

Una excepción es un permiso para recibir cobertura por un medicamento que normalmente no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones. Si un medicamento no está en nuestra Lista de medicamentos o no está cubierto de la manera que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”.

Cuando usted nos pide hacer una excepción, su médico u otro profesional autorizado deberán explicar los motivos médicos por los que usted necesita que hagamos la excepción.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Estos son ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional autorizado podrán pedirnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de medicamentos.
 - Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar la cantidad de costo compartido que corresponde a.
 - No puede pedirnos una excepción por la cantidad de copago o coseguro que le pedimos que pague por el medicamento.
2. Quitar una restricción en nuestra cobertura. Hay reglas o restricciones adicionales que corresponden a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos (para obtener más información, vaya al Capítulo 5).
 - Las reglas adicionales y las restricciones de cobertura para ciertos medicamentos incluyen:
 - Obtener una aprobación del plan antes que estemos de acuerdo de cubrir el medicamento para usted. (Esto se llama a veces “autorización previa”).
 - Que se le pida probar un medicamento diferente antes que estemos de acuerdo de cubrir el medicamento que usted está pidiendo. (Esto se llama a veces “terapia escalonada”).
 - Tener límites de cantidad. Limitamos la cantidad que usted puede tener de algunos medicamentos.
 - Si estamos de acuerdo en hacer una excepción y quitar una restricción para usted, todavía puede pedir una excepción a la cantidad de copago que le pedimos que pague por el medicamento.

El término legal, que a veces se usa para pedir que se quite una restricción a la cobertura de un medicamento es “**excepción de formulario**”.

F3. Qué debe saber cuando pide una excepción

Su médico u otro profesional autorizado deben decirnos los motivos médicos

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Su médico u otro profesional autorizado deberá presentarnos una declaración explicando las razones médicas para pedirnos que hagamos una excepción. Nuestra decisión sobre la excepción será más rápida si usted incluye esta información de su médico u otro profesional autorizado cuando pida la excepción.

Típicamente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una enfermedad en particular. Estos se llaman medicamentos “alternos”. En general, no aprobamos su pedido de una excepción si un medicamento alternativo funciona tan bien como el medicamento que está pidiendo y no causa más efectos secundarios ni otros problemas de salud.

Diremos **Sí** o **No** a su pedido de una excepción

- Si decimos **Sí** a su pedido de una excepción, esta excepción generalmente durará hasta el final del año calendario. Esto es cierto siempre y cuando su médico siga recetando el medicamento para usted y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si decimos que **No** a su pedido de una excepción, puede apelar para pedir una revisión sobre nuestra decisión. La Sección F5 le dice cómo apelar si decimos que **No**.

La siguiente sección le dice cómo pedir una decisión de cobertura, incluyendo una excepción.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



F4. Cómo pedir una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D o que le devuelvan su dinero por un medicamento de la Parte D, incluyendo una excepción

Qué hacer

- Pida el tipo de decisión de cobertura que quiere. Haga su pedido por teléfono, por correo o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional autorizado) pueden hacerlo. Llámenos al 1-833-434-2347 (TTY 1-800-390-1175).
- Usted o su médico (u otro profesional autorizado) o alguien más que esté actuando en su nombre pueden pedir una decisión de cobertura. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- Lea la Sección D para saber cómo autorizar a otra persona para actuar como su representante.
- Usted no necesita darle un permiso por escrito a su médico o a otro profesional autorizado para que nos pidan una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento, lea el Capítulo 7 de este manual. En el Capítulo 7 se describen casos en los que posiblemente tenga que pedirnos que le devolvamos su dinero. También dice cómo enviarnos los documentos necesarios para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento por el que usted ya pagó.
- Si está pidiendo una excepción, envíenos la “declaración de respaldo”. Su médico u otro profesional autorizado deben darnos los motivos médicos para la excepción del medicamento. Esto se llama “declaración de respaldo”.

En resumen: Cómo pedir una decisión de cobertura por un medicamento o por un pago

Llame por teléfono, escriba o envíenos un fax o pídale a su representante o médico u otro profesional autorizado que pregunten. Le daremos una respuesta sobre una decisión de cobertura estándar a más tardar en 72 horas. Por un medicamento de la Parte D que usted ya pagó, le responderemos sobre la devolución de su dinero en 14 días calendario.

- Si está pidiendo una excepción, incluya la declaración de respaldo de su médico u otro profesional autorizado.
- Usted o su médico u otro profesional autorizado pueden pedir una decisión rápida. (Las decisiones rápidas llegan a más tardar en 24 horas.)
- ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! Léalo también para encontrar información sobre las fechas límite para las decisiones!

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Su médico u otro profesional autorizado pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro profesional autorizado también pueden explicarnos sus razones por teléfono y, después, enviarnos una declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, pídanos tomar una “decisión de cobertura rápida”

Usaremos las “fechas límite estándar” a menos que estemos de acuerdo con usar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le daremos una respuesta a más tardar en 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “determinación de cobertura acelerada”.

Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **sólo si está pidiendo un medicamento que aún no ha recibido**. (Usted no podrá obtener una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo que le devolvamos el pago por un medicamento que compró.)

Usted podrá obtener una decisión de cobertura rápida **sólo si usando las fechas límite estándar podríamos causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para desempeñarse**.

Si su médico u otro profesional autorizado dicen que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida” tomaremos una decisión de cobertura rápida y se lo diremos en la carta.

- Si usted nos pide tomar una decisión de cobertura rápida (sin el respaldo de su médico u otro profesional autorizado), nosotros decidiremos si le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Si decidimos que su enfermedad no satisface los requisitos para una decisión de cobertura rápida, entonces usaremos los plazos estándar.
 - Le enviaremos una carta para avisarle. En la carta se le dirá cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Puede presentar una “queja rápida” y obtener una respuesta a su queja, en 24 horas. Para más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluyendo quejas rápidas, lea la Sección J.

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 24 horas después de recibir su pedido. Si nos está pidiendo una excepción, 24 horas después de recibir la declaración de su médico o su proveedor apoyando su pedido. Le daremos nuestra respuesta más rápido, si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente examinará su pedido.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir su pedido o la declaración de su médico o profesional autorizado respaldando su pedido.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido. O, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de respaldo de su médico o profesional autorizado, le daremos nuestra respuesta más rápido, si su salud lo exige.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, una Entidad de revisión independiente (IRE) analizará su pedido.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o dar la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su pedido o, si nos está pidiendo una excepción, después de recibir la declaración de apoyo de su médico o profesional autorizado.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” para el pago de un medicamento que compró

- Debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la IRE examinará su pedido.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, le pagaremos a usted a más tardar en 14 días calendario.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicándole por qué dijimos que **No**. En la carta también se le explicará cómo puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D

- Para comenzar su apelación, usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante deben comunicarse con nosotros.
- Si nos escribe por una apelación estándar, puede hacer su apelación por escrito. También puede llamarnos al 1-833-434-2347 (TTY 1-800-390-1175) para apelar.
- Si quiere una apelación rápida, puede apelar por escrito o puede llamarnos por teléfono.
- Solicite su apelación **a más tardar en 60 días calendario**, a partir de la fecha del aviso que le enviamos con nuestra decisión. Si usted pierde esta fecha límite por un motivo justificado, podríamos darle más tiempo para apelar. Estos son ejemplos de un motivo justificado: usted tuvo una enfermedad grave; o no le dimos información correcta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Para pedir una copia, llame a Servicios al miembro al 1-833-434-2347 (TTY 1-800-390-1175).

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Usted, su médico, profesional autorizado o su representante pueden hacer su pedido por escrito y enviarlo por correo o por fax. También puede llamarnos para apelar.

- Pregunte **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un motivo justificado, todavía puede apelar.
- Usted, su médico o profesional autorizado o su representante pueden llamarnos para una apelación rápida.
- ¡Lea esta sección para saber si es elegible para una decisión rápida! También encontrará información sobre fechas límites para las decisiones!

El término legal para una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de los medicamentos de la Parte D es **“redeterminación”** del plan.

Si quiere, usted y su médico u otro profesional autorizado pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo exige, pida una “apelación rápida”

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Si está apelando una decisión tomada por nuestro plan sobre un medicamento que no haya recibido, usted y su médico u otro profesional autorizado deberán decidir si usted necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” incluidos en la sección F4.

El término legal para “apelación rápida” es “reconsideración expedita”.

Nuestro plan revisará su apelación y le dirá cuál es nuestra decisión

- Analizaremos con cuidado toda la información sobre su pedido de cobertura. Revisaremos para ver que hayamos seguido todas las reglas cuando le dijimos que **No**. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional autorizado para obtener más información. El revisor no será la persona que tomó la decisión de cobertura original.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si usamos las fechas límite rápidas, le daremos nuestra respuesta a más tardar en 72 horas o antes, después de recibir su apelación si su salud lo exige.
- Si no le damos una respuesta a más tardar en esas 72 horas, enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la IRE revisará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos darle la cobertura a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No**.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos darle nuestra respuesta a más tardar en 7 días calendario o antes después de recibir su apelación si su salud lo exige, excepto si está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró. Si está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 14 días calendario desde que recibimos su apelación. Si cree que su salud lo exige, pida una “apelación rápida”.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Si no le damos una decisión a más tardar en 7 días calendario, o 14 días calendario si nos solicitó un reembolso por un medicamento que ya compró, le enviaremos su pedido al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En el Nivel 2, la IRE revisará su apelación.
- **Si nuestra respuesta es Sí** a una parte o a todo lo que pidió:
 - Si aprobamos su pedido de cobertura, debemos darle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más de 7 días calendario después de recibir su apelación, o 14 días calendario si nos solicitó reembolso por un medicamento que ya compró.
 - Si aprobamos una solicitud para devolverle el pago por un medicamento que ya compró, le enviaremos el pago a más tardar 30 días calendario después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es No** a una parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta explicando por qué dijimos que **No** y cómo puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D

Si respondemos que **No** a todo o parte de su apelación, usted puede elegir si acepta esta decisión o si hace otra apelación. Si decide seguir adelante a una Apelación de Nivel 2, la IRE revisará nuestra decisión.

- Si quiere que la IRE revise su caso, su pedido de apelación debe ser por escrito. En la carta que le enviemos sobre nuestra decisión en la Apelación de Nivel 1, se le explicará cómo solicitar la Apelación de Nivel 2.
- Cuando apele a la IRE, enviaremos su expediente a la IRE. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente llamando a Servicios al miembro al 1-833-434-2347 (TTY 1-800-390-1175).
- Usted tiene derecho a dar a la IRE otra información para apoyar su apelación.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare que no está relacionada con este plan ni es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación. La organización le enviará una carta explicando su decisión.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si quiere que la Entidad de revisión independiente (IRE) revise su caso, debe apelar por escrito.

- Pregunte **a más tardar en 60 días calendario** después de la decisión que está apelando. Si pierde esta fecha límite por un buen motivo, todavía podría apelar.
- Usted, su médico u otro profesional autorizado o su representante pueden solicitar la Apelación de Nivel 2.
- ¡Lea esta sección para asegurarse de ser elegible para una decisión rápida! También para informarse sobre las fechas límite de las decisiones!

El término legal para una apelación ante la IRE por un medicamento de la Parte D es “reconsideración”.

Fechas límite para una “apelación rápida” de Nivel 2

- Si su salud lo exige, pida a la Entidad de revisión independiente (IRE) una “apelación rápida”.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Si la IRE está de acuerdo con darle una “apelación rápida,” deberá responder a su Apelación de Nivel 2 a más tardar en 72 horas después de recibir su apelación.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos a más tardar en 24 horas después de recibir la decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si usted tiene que presentar una apelación estándar en el Nivel 2, la Entidad de revisión independiente (IRE) deberá responder a su Apelación de Nivel 2, a más tardar en 7 días calendario después de que reciba su apelación, o 14 días calendario si nos solicitó un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o a todo lo que pidió, debemos aprobar o darle la cobertura de medicamentos, a más tardar en 72 horas después de recibir la decisión.
- Si la IRE aprueba un pedido para devolverle el pago por un medicamento que ya pagó, le enviaremos el pago a más tardar en 30 días calendario después de recibir la decisión.

¿Y si la IRE responde No a su Apelación de Nivel 2?

No significa que la Entidad de revisión independiente (IRE) está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su pedido. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

Si usted quiere pasar al Nivel 3 del proceso de apelaciones el valor en dólares de la cobertura de los medicamentos que quiere debe alcanzar cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares es menor que el mínimo, usted no podrá apelar más adelante. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir una Apelación de Nivel 3. La carta que reciba de la IRE le dirá el valor en dólares necesario para continuar con el proceso de apelación.

G. Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital

Cuando le internen en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios que nosotros cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital le prepararán para el día en que usted salga del hospital. También le ayudarán a preparar el cuidado que necesitará después de salir.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- La fecha en que usted sale del hospital es la “fecha de su salida”.
- Su médico o el personal del hospital le dirán cuál será la fecha de su salida.

Si cree que le están pidiendo salir del hospital demasiado pronto, puede pedirnos que cubramos una estadía más larga. En esta sección se explica cómo hacerlo.

G1. Aprendiendo sobre sus derechos de Medicare

A más tardar dos días después de que le internen en el hospital, un trabajador de casos o una enfermera le dará un aviso llamado Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos. Si no recibe este aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios al miembro al 1-833-434-2347 (TTY 1-800-390-1175). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al: 1-877-486-2048.

Lea este aviso con cuidado y pregunte si no entiende algo. En el Mensaje importante se explican sus derechos como paciente en el hospital, incluyendo su derecho a:

- Obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los paga y dónde puede obtenerlos.
- Participar en las decisiones sobre el tiempo de su estadía en el hospital.
- Saber dónde informar sobre las inquietudes que tenga sobre la calidad de su cuidado en el hospital.
- Apelar si cree que le dieron de alta del hospital demasiado pronto.

Usted deberá firmar el aviso de Medicare para demostrar que lo entendió y que comprende sus derechos. Su firma en el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha de su salida que posiblemente le haya dicho su médico o el personal del hospital.

Conserve su copia del aviso firmado para que tenga la información si la necesita.

- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios al miembro al 1-833-434-2347 (TTY 1-800-390-1175). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- También podrá ver el aviso por internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios al miembro o a Medicare a los teléfonos anotados más arriba.

G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si quiere que cubramos sus servicios de hospital por un tiempo más largo como paciente hospitalizado, usted deberá presentar una apelación. Una Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará la Apelación de Nivel 1 para ver si la fecha de su salida es médicamente adecuada.

Para presentar una apelación o cambiar la fecha de su salida, llame a KEPRO al: 888-315-0636 (TTY 855-843-4776).

¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad **antes** de salir del hospital y no después de la fecha programada para su salida. En el Mensaje Importante de Medicare sobre sus derechos encontrará información sobre cómo comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad.

- **Si llama antes de salir del hospital**, se le permitirá quedarse después de la fecha de su salida sin tener que pagar, mientras espera la decisión sobre su apelación tomada por la Organización para el Mejoramiento de Calidad.
- **Si usted no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de la fecha de su salida, es posible que tenga que pagar todos los costos por cuidados recibidos del hospital después de la fecha programada para su salida.
- **Si pierde la fecha límite** para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede apelar directamente ante nuestro plan. Para conocer los detalles, lea la Sección G4.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al y pida una “revisión rápida”.

Llame antes de salir del hospital y antes de la fecha programada para su salida.

Queremos asegurarnos que usted entienda lo que debe hacer y cuáles son las fechas límite.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al 1-833-434-2347 (TTY 1-800-390-1175). También puede llamar al Programa de asistencia con los seguros de salud del estado (SHIP) al 1-800-252-3439 o a la Oficina del ombudsman de HHSC al 1-866-566-8989.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de Calidad?

Es un grupo de médicos y otros proveedores de cuidado de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

Pida una “revisión rápida”

Debe pedir a la Organización para el Mejoramiento de Calidad una “**revisión rápida**” de la fecha de su salida. Pedir una “revisión rápida” significa que usted está pidiendo que la organización use las fechas límite rápidas para una apelación, en lugar de usar las fechas límite estándar.

El término legal para una “revisión rápida” es “**revisión inmediata**”.

¿Qué pasará durante la revisión rápida?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha programada para su salida. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere, puede hacerlo.
- Los revisores examinarán su expediente médico, hablarán con su médico y revisarán toda la información relacionada con su estadía en el hospital.
- Usted recibirá una carta con la fecha de su salida, al medio día del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación. En la carta se le explicarán los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto que usted salga del hospital en esa fecha.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso detallado de su salida**”.

Podrá obtener una muestra llamando a Servicios al miembro al. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al (1-877-486-2048.) También podrá ver una muestra del aviso por internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



¿Y si la respuesta es Sí?

- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad responde **Sí** a su apelación, debemos seguir cubriendo sus servicios de hospital todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Y si la respuesta es No?

- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad dice **No** a su apelación, estarán diciendo que su fecha de salida es médicamente adecuada. Si esto ocurre, su cobertura por servicios de hospital como paciente hospitalizado terminará al mediodía del día después que la Organización para el Mejoramiento de Calidad nos dé su respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad dice **No** y usted decide quedarse en el hospital, es posible que tenga que pagar por su estadía continua en el hospital. El costo del cuidado de hospital que usted tenga que pagar comienza al mediodía del día después que la Organización para el Mejoramiento de Calidad nos dé su respuesta.
- Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechazó su apelación, y usted se queda en el hospital después de la fecha programada para su salida, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Tendrá que comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad otra vez y pedir otra revisión.

Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad respondió No a su Apelación de Nivel 1. Usted podrá pedir esta revisión solamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

En Texas, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Usted puede llamar a KEPRO al: 888-315-0636 (TTY 855-843-4776).

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad verán otra vez toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de una segunda revisión.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al 888-315-0636 (TTY 855-843-4776) y pida otra revisión.

¿Qué sucederá si la respuesta es Sí?

- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que recibió desde el mediodía de la fecha de la decisión de su primera apelación. Debemos seguir proporcionando cobertura por su cuidado en el hospital como paciente hospitalizado todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucederá si la respuesta es No?

Esto significa que la Organización para el Mejoramiento de Calidad está de acuerdo con la decisión de Nivel 1 y no la cambiará. La carta que recibirá le dirá qué puede hacer si decide seguir con el proceso de apelaciones.

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía en el hospital después de la fecha programada para su salida.

G4. Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de presentar apelaciones en Nivel 1 y Nivel 2, llamada Apelaciones alternas. Los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación alterna de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (que es de hasta 60 días o no más tarde de la fecha de su salida programada, lo que ocurra antes), podrá apelar ante nosotros y pedir una “revisión rápida”. Una “revisión rápida” es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre su estadía en el hospital. Revisamos si la decisión sobre cuándo deberá salir del hospital fue justa y si cumple con todas las reglas.
- Para responder a esta revisión usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar. Esto significa que le informaremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos la “revisión rápida”.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alterna de Nivel 1

Llame a Servicios al miembro y pida una revisión rápida de la fecha de su salida del hospital.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

- **Si decimos Sí a su revisión rápida**, eso significa que estamos de acuerdo con que usted deberá seguir en el hospital después de la fecha de su salida. Seguiremos cubriendo los servicios del hospital mientras sigan siendo médicamente necesarios.
- Eso también significa que estamos de acuerdo con pagar nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.
- **Si respondemos No a su revisión rápida**, estamos diciendo que la fecha de su salida era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de sus servicios en el hospital como paciente hospitalizado terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital después de la fecha programada para su salida, es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado de hospital que recibió después de la fecha programada para su salida.
- Enviaremos su apelación a la Entidad de revisión independiente para verificar que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos **No** a su apelación rápida. Esto significará que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación expedita**”.

Apelación alterna de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Enviaremos la información para su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar en 24 horas después de tomar nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



estamos cumpliendo con esta fecha límite o con alguna otra fecha límite, puede presentar una queja. En la Sección J se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE revisará por qué dijimos **No** a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores normalmente le darán una respuesta a más tardar en 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación a la fecha de su salida del hospital.
- Si la IRE responde **Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado de hospital que usted recibió desde la fecha programada para su salida del hospital. También debemos continuar cubriendo sus servicios de hospital, siempre y cuando sean médicamente necesarios.
- Si la IRE dice **No** a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para su salida del hospital era médicamente adecuada.
- En la carta que recibirá de la IRE se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3, la que estará a cargo de un juez.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alterna de Nivel 2

Usted no tiene que hacer nada. El plan automáticamente enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente.

H. Qué hacer si cree que sus servicios de cuidado de salud en el hogar, en centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) terminarán demasiado pronto

Esta sección es sólo sobre los siguientes tipos de cuidado:

- Servicios de cuidado de salud en el hogar.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada.
- Cuidado de rehabilitación que usted está recibiendo como paciente externo en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobada por Medicare. Generalmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o accidente o que se está recuperando de una operación importante.
 - Con cualquiera de estos tres tipos de cuidado, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios cubiertos mientras el médico diga que lo necesita.
 - Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos tipos de cuidado, debemos avisarle antes que terminen sus servicios. Cuando termine su cobertura para ese cuidado, dejaremos de pagar por su cuidado.

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección dice cómo presentar una apelación.

H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura

Usted recibirá un aviso por lo menos dos días antes que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama Notificación de no cobertura de Medicare.

- El aviso por escrito le dirá la fecha en que dejaremos de cubrir su cuidado.
- El aviso por escrito también le dirá cómo apelar esta decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibieron. Su firma en el aviso no significa que usted esté de acuerdo con la decisión del plan de que es tiempo que usted deje de recibir el cuidado.

Cuando termine su cobertura, dejaremos de pagar por su cuidado.

H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado

Si le parece que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le dice cómo pedir una apelación.

Antes de comenzar su apelación, entienda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer. También hay fechas límite que nuestro plan debe seguir. (Si cree que no estamos

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección J se explica cómo presentar una queja.)

- **Si necesita ayuda, pídale.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios al miembro al 1-833-434-2347 (TTY 1-800-390-1175). O llame al Programa de asistencia con los seguros de salud de su estado al 1-800-252-3439.

Durante una Apelación de Nivel 1, una Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Usted puede llamar a KEPRO al 888-315-0636 (TTY 955-843-4776). La información sobre cómo apelar ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad se encuentra también en la Notificación de no cobertura de Medicare. Éste es el aviso que recibió cuando le dijimos que dejaríamos de cubrir sus cuidados.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para pedir al plan que continúe su cuidado

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado y pida una “apelación de vía rápida”.

Llame antes de salir de la agencia o institución que está proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de Calidad?

Es un grupo de médicos y otros proveedores de cuidado de salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad del cuidado para las personas con Medicare.

¿Qué debe pedirles?

Pídales una “apelación de vía rápida”. Ésta es una revisión independiente para determinar si es médicamente adecuado que suspendamos la cobertura de sus servicios.

¿Cuál es la fecha límite para comunicarse con esta organización?

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad a más tardar al mediodía del día siguiente de haber recibido un aviso por escrito de cuándo dejaremos de cubrir su cuidado.
- Si pierde la fecha límite para comunicarse sobre su apelación con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede presentarnos la apelación directamente a

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



nosotros. Para conocer detalles sobre esta otra manera de presentar su apelación, lea la Sección H4.

El término legal del aviso por escrito es “**Notificación de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios al miembro o al 1 800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (personas con dificultades para oír o hablar) deberán llamar al (1-877-486-2048.). O, lea una muestra de un aviso en internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

¿Qué sucederá durante la revisión hecha por la Organización para el Mejoramiento de Calidad?

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero si quiere puede hacerlo.
- Cuando presente una apelación, el plan deberá escribirle una carta a usted y a la Organización para el Mejoramiento de Calidad, explicando por qué deberían terminar sus servicios.
- Los revisores también analizarán sus expedientes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que nuestro plan les haya dado.
- **A más tardar un día completo después que los revisores tengan toda la información que necesiten, le dirán su decisión.** Usted recibirá una carta explicando la decisión.

El término legal para la carta que explica por qué deben terminar sus servicios es “**Notificación detallada de Medicare de que no dará cobertura**”.

¿Qué sucederá si los revisores dicen Sí?

- Si los revisores dicen **Sí** a su apelación, debemos seguir proporcionando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

¿Qué sucederá si los revisores dicen No?

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Si los revisores dicen **No** a su apelación, su cobertura terminará en la fecha que le dijimos. Nosotros dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado.
- Si usted decide seguir recibiendo cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que termine su cobertura, usted podría tener que pagar el costo total por este cuidado.

H3. Apelación de Nivel 2 para continuar su cuidado

Si la Organización para el Mejoramiento de Calidad respondió **No** a la apelación **y** usted elige seguir recibiendo cuidado después que termine su cobertura, podrá presentar una Apelación de Nivel 2.

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización para el Mejoramiento de Calidad revisará la decisión que tomó en el Nivel 1. Si están de acuerdo con la decisión de Nivel 1, usted podría tener que pagar el costo total de su cuidado de salud en el hogar, en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que le dijimos que terminaría su cobertura.

En Texas, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. Usted puede llamar a KEPRO al 888-315-0636 (TTY 955-843-4776). Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de Calidad dijo **No** a su Apelación de Nivel 1. Podrá pedir esta revisión sólo si siguió recibiendo cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura por el cuidado.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de Calidad analizarán otra vez, cuidadosamente, toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización para el Mejoramiento de Calidad tomará una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de apelación.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para pedir que el plan cubra su cuidado por más tiempo

Llame a la Organización para el Mejoramiento de Calidad de su estado al 888-315-0636 (TTY 855-843-4776) y pida otra revisión.

Haga la llamada antes de salir de la agencia o institución que esté proporcionando su cuidado y antes de la fecha programada para su salida.

¿Qué sucederá si la organización de revisión dice Sí?

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Debemos devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. Debemos seguir proporcionando cobertura por el cuidado todo el tiempo que sea médicamente necesario.

¿Qué sucederá si la organización de revisión dice No?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en la Apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
- En la carta que reciba se le dirá qué hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Se le darán detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez.

H4. Qué sucede si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1

Si pierde la fecha límite para apelar, hay otra manera de apelar en el Nivel 1 y Nivel 2, esto es llamado Apelaciones alternas. Los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Apelación alterna de Nivel 1 para continuar su cuidado más tiempo

Si pierde la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de Calidad, puede apelar ante nosotros y pedirnos una “revisión rápida”. Esta es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alterna de Nivel 1

Llame a Servicios al miembro y pida una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

- Durante esta revisión, analizaremos toda la información sobre sus cuidados de salud en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o los cuidados que recibe en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF). Revisamos si la decisión sobre cuándo deberán terminar sus servicios fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar para darle la respuesta a esta revisión. Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de pedirnos una “revisión rápida.”
- **Si respondemos Sí** a su revisión rápida, significa que estamos de acuerdo con seguir cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios. También significa que estamos de acuerdo con devolverle nuestra parte de los costos del cuidado que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- **Si respondemos No** a su revisión rápida, estamos diciendo que terminar sus servicios fue médicamente apropiado. Nuestra cobertura terminará el día que dijimos que terminaría la cobertura.

Si usted sigue recibiendo servicios después del día en que dijimos que terminarían, **usted podría tener que pagar el costo total** de los servicios.

Enviaremos su apelación a la Entidad de revisión independiente para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando dijimos **No** a su apelación rápida. Esto significa que su caso pasará automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación expedita**”.

Apelación alterna de Nivel 2 para continuar su cuidado por más tiempo

Enviaremos la información para su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente (IRE) a más tardar 24 horas después de cuando le dimos nuestra decisión de Nivel 1. Si usted cree que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras fechas límite usted puede presentar una queja. En la Sección J se explica cómo presentar una queja.

Durante la Apelación de Nivel 2, la IRE revisará la decisión que tomamos cuando dijimos No a su “revisión rápida”. Esta organización decidirá si debemos cambiar nuestra decisión.

- La IRE hará una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores normalmente le responderán en 72 horas.
- La IRE es una organización independiente contratada por Medicare. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno.
- Los revisores de la IRE revisarán con cuidado toda la información relacionada con su apelación.
- **Si la IRE dice Sí** a su apelación, debemos devolverle nuestra parte de los costos de su cuidado. También debemos continuar nuestra cobertura de sus servicios mientras sean médicamente necesarios.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para pedir que el plan continúe su cuidado

Usted no tiene que hacer nada. El plan enviará automáticamente su apelación a la Entidad de revisión independiente (IRE).

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- **Si la IRE dice No** a su apelación, esto significa que están de acuerdo con nosotros en que suspender la cobertura de los servicios fue médicamente adecuado.

En la carta que recibirá de la IRE, se le dirá qué puede hacer si usted decide seguir con el proceso de revisión. Además, se le darán los detalles sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3, la que estará a cargo de un juez.

I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare

Si hizo una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare y ambas apelaciones fueron rechazadas, usted tiene derecho a niveles adicionales de apelación. La carta que usted reciba de la Entidad de revisión independiente le explicará qué hacer si usted desea continuar con el proceso de apelación.

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ). La persona que toma la decisión en una Apelación de Nivel 3 es un ALJ o un abogado adjudicador. Si quiere que un ALJ o abogado adjudicador revise su caso, el artículo o servicio médico que usted está pidiendo, debe cumplir con una cantidad mínima en dólares. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no podrá apelar más. Si el valor en dólares es suficientemente alto, usted podrá pedir que un ALJ o abogado adjudicador escuche su apelación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por el ALJ o abogado adjudicador, puede dirigirse al Consejo de apelaciones de Medicare. Después de ese paso, es posible que usted tenga el derecho a pedir que un tribunal federal examine su apelación.

J. Cómo presentar una queja

J1. Qué tipos de problemas deberían causar una queja

El proceso de quejas se usa sólo para algunos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y los servicios al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que resuelve el proceso de quejas.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Quejas sobre la calidad

- Si no está contento con la calidad del cuidado, como el cuidado que recibió en el hospital.

Quejas sobre la privacidad

- Si le parece que alguien no respetó su derecho de privacidad o compartió información sobre usted que es confidencial.

Quejas sobre el mal servicio al cliente

- Si un proveedor de cuidado de salud fue grosero o le faltó al respeto.
- Si el personal de Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) lo trató mal.
- Si cree que lo están sacando del plan.

Quejas sobre la accesibilidad

- Usted no puede acceder físicamente a los servicios de cuidado de la salud y a las instalaciones de la oficina de un doctor u otro proveedor.
- Su proveedor no ofrece adaptaciones razonables que usted necesita, como un intérprete de idioma de señas estadounidense.

Quejas sobre los tiempos de espera

- Si tiene problemas para obtener una cita o si esperó demasiado tiempo para obtenerla.
- Si los médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud o Servicios al miembro y otros miembros del personal del plan lo han hecho esperar demasiado tiempo.

Quejas sobre la limpieza

- Si le parece que la clínica, hospital o consultorio del proveedor no están limpios.

En resumen: Cómo presentar una queja

Usted puede presentar una queja interna ante nuestro plan o una queja externa ante una organización que no esté conectada con nuestro plan.

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro o envíenos una carta.

Hay varias organizaciones diferentes que reciben quejas externas. Lea más información en la sección J3.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Quejas sobre el acceso lingüístico

- Su doctor o su proveedor no le proporcionan un intérprete durante su cita.

Quejas sobre las comunicaciones que recibe de nosotros

- Si le parece que no le dimos un aviso o carta que usted debió haber recibido.
- Si cree que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.

Quejas sobre la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura o apelaciones

- Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación.
- Si cree que después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no estamos cumpliendo con las fechas límite para aprobar o darle el servicio o devolverle el pago por ciertos servicios médicos.
- Si cree que no enviamos a tiempo su caso a la IRE.

El término legal para una “queja” es un “**reclamo**”.

El término legal para “presentar una queja” es “**interponer un reclamo**”.

¿Hay tipos diferentes de quejas?

Sí. Usted puede presentar una queja interna o externa. Una queja interna se presenta ante el plan y éste la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada con nuestro plan, quien la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, usted puede llamar a la Oficina del ombudsman de HHSC al 1-866-566-8989.

J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios al miembro. Puede presentar la queja en cualquier momento a menos que se trate de los medicamentos de la Parte D. Si se trata de un medicamento de la Parte D, debe presentar su queja **en un plazo de 60 días calendario** después de haber tenido el problema.

- Si hay algo más que usted deba hacer, Servicios al miembro se lo informará.

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



- Usted también puede presentar su queja por escrito y enviarla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.

El término legal para “una queja rápida” es “reclamo expedito”.

Es posible que le respondamos inmediatamente. Si nos llama por teléfono con una queja, es posible que le demos una respuesta en esa misma llamada. Si su enfermedad nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas en 30 días calendario.
- Si presenta una queja porque rechazamos su pedido sobre una decisión de “cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.
- Si presenta una queja porque tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura rápida o de apelación, le daremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja dentro de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o con toda su queja, **le diremos** nuestros motivos. Le responderemos, ya sea que estemos de acuerdo o no con la queja.

J3. Quejas externas

Usted puede presentar su queja a Medicare

Usted puede enviar su queja a Medicare. El Formulario para presentar quejas a Medicare está disponible en: es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Medicare toma muy seriamente sus quejas y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene más comentarios o inquietudes o si cree que el plan no está solucionando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas sordas, con dificultades para oír o hablar) pueden llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles

Si le parece que le han tratado injustamente usted puede presentar una queja ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos. Por ejemplo, puede quejarse por falta de acceso para discapacitados o de asistencia con idiomas. El teléfono de la Oficina de

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish para encontrar más información.

Usted puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, también tiene dos opciones:

- Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente a la Organización para el Mejoramiento de Calidad (sin presentarla a nosotros).
- O, puede presentarnos su queja a nosotros **y** ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

La Organización para el Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos de cuidado de salud, pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar el cuidado que se da a los pacientes de Medicare. Para más información sobre la Organización para el Mejoramiento de Calidad, lea el Capítulo 2.

En Texas, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 888-315-0636 (TTY 855-843-4776).

Si tiene preguntas, llame al plan Community First Medicare Advantage y al D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Capítulo 10: Cómo terminar su participación en el plan

Introducción

Este capítulo describe las maneras cómo usted puede terminar su participación en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar el plan. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Tabla de Contenido

A. Cuándo puede terminar su participación en nuestro plan.....	2
A1. Período de inscripción anual.....	2
A2. Período de inscripción abierta de Medicare Advantage	3
A3. Períodos especiales de inscripción.....	3
B. Cómo terminar su participación en nuestro plan.....	4
D. Otras circunstancias en que terminará su participación.....	7
E. Reglas contra pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud	8
F. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan.....	8
G. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan.....	9

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com



A. Cuándo puede terminar su participación en nuestro plan

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan solo durante ciertas épocas del año, conocidas como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de Inscripción Anual y durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage.

En ciertas situaciones, algunos miembros también pueden ser elegibles para dejar el plan en otras épocas del año, llamados Períodos de Inscripción Especial. (Consulte la Sección A3 de este capítulo para obtener más información sobre los Períodos especiales de inscripción.)

A1. Período de inscripción anual

El **Período de inscripción anual**, dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted escoge un plan nuevo durante este período, su participación en el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) terminará el 31 de diciembre y su participación en el plan nuevo empezará el 1 de enero.

Durante el período de inscripción anual, puede:

- Elijir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados),
 - Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, o
 - Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados y cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. "la cobertura acreditable" significa que se espera que la

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com



cobertura pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).

A2. Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

El período de inscripción abierta de Medicare Advantage dura del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage, puede:

- Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados.)
- Cancelar con nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original.
 - Si decide cambiar a Medicare Original durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.

A3. Períodos especiales de inscripción

Debido a que la mayoría de los miembros del Plan Estándar de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO-DSNP) tienen Medicaid, estos miembros pueden cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especiales:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, también puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial.

- Si cambia de domicilio
- Si tiene Texas Medicaid
- Si usted es elegible para "Ayuda Adicional" con el pago de sus recetas de Medicare
- Si violamos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)
- Si se inscribe en el programa de atención integral para personas mayores (PACE)

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com



Si se unió a nuestro plan durante uno de estos Períodos de Inscripción Especiales, tendrá que esperar al siguiente período para terminar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede usar este Período de Inscripción Especial para poner fin a su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual.

Su participación terminará el último día del mes en que recibamos su pedido de cambio de su plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura nueva comenzará el 31 de enero. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente (el 1 de febrero, en este ejemplo).

Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía y averiguar si es elegible para un período especial de Inscripción llamando a:

- Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-390-1175, 24 horas al día, 7 días a la semana
- Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP), Programa de Defensa de Consejería de Información de Salud de Texas (HICAP) al 1-800-252-3439
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: Si usted está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Lea el Capítulo 5 para más información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. Cómo terminar su participación en nuestro plan

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos formas en las que puede solicitar la cancelación de su inscripción:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. (Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo), o
- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

También puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. En el

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com



cuadro encontrará más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando deje nuestro plan.

<u>Si desea cambiar de nuestro plan a:</u>	<u>Esto es lo que tiene que hacer:</u>
Otro plan de salud de Medicare	<p>Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</p>
Medicare Original con un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado	<p>Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.</p> <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com



<p>Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado</p> <p>NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.</p> <p>Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. (Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto o, • Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. <p>Se cancelará automáticamente su inscripción en el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) cuando comience la cobertura de Medicare Original.</p>
--	--

C. Siga recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación

Si usted deja el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO), podría pasar algún tiempo antes de que termine su participación y que comience su cobertura nueva de Medicare. Durante este período de tiempo, usted seguirá recibiendo su cuidado de salud y medicamentos a través de nuestro plan.

- **Usted deberá usar las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas.** Normalmente, sus medicamentos de receta están cubiertos solamente si los surte en una farmacia de la red incluyendo nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si usted está hospitalizado el día en que termine su participación, generalmente su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que le den de alta.** Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite communityfirstmedicare.com



D. Otras circunstancias en que terminará su participación

Estos son los casos en los que el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO), deberá terminar su participación en el plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o se va por un viaje largo, usted tiene que llamar a Servicios al Miembro para averiguar si el lugar a dónde se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si está en la cárcel o en prisión por algún delito criminal.
- Si miente o retiene información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos de receta.
- Si usted no es ciudadano de Estados Unidos o no está presente legalmente en los Estados Unidos.

Además de los casos anteriores, el **Plan Standard Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP)** debe terminar su membresía en el plan:

- Si ya no califica para Medicaid de Texas.
 - Como se indica en el Capítulo 1, el Plan Estándar Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO D-SNP) es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Si ya no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan, su membresía en este plan finalizará después de seis meses. El período de elegibilidad continua considerada del plan es de seis meses. El período de elegibilidad continua considerada comienza el primer día del mes siguiente al mes en el que pierde el estado de necesidades especiales.
 - Recibirá un aviso de nuestra parte informándolo del final de su membresía y sus opciones.
 - Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad, comuníquese con Servicios para Miembros
- Si no paga la cantidad necesaria para calificar para beneficios (gasto médico abajo).

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com



NOTA: Las dos condiciones enumeradas anteriormente NO se aplican a los miembros de Community First Medicare Advantage con plan Standard D (HMO).

Usted debe ser ciudadano de Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser miembro del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no es elegible para quedarse en estas condiciones. Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

Podremos hacer que usted deje nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Texas Medicaid:

- Si usted nos da información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si usted se comporta continuamente de manera perjudicial y nos dificulta proporcionarle cuidado médico a usted y otros miembros de nuestro plan.
- Si deja que alguien más use su tarjeta de identificación de miembro para obtener cuidados médicos.
 - Si terminamos su participación por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue su caso.

E. Reglas contra pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud

Si le parece que se le ha pedido dejar nuestro plan por algún motivo relativo a su salud, usted deberá llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar 24 horas al día, 7 días de la semana. Usted debe llamar también a Texas Medicaid al al 1-800-252-8263 o 2-1-1. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989 o al 7-1-1).

F. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan

Si terminamos su participación en nuestro plan, debemos darle por escrito nuestros motivos por hacerlo. También debemos explicarle cómo usted puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de terminar su participación. Usted puede también leer en el Capítulo 9 la información sobre cómo presentar una queja.

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com



G. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su participación, usted puede llamar a Servicios para Miembro al 1-833-434-2347, 8 am a 8 pm, 7 días a la semana. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, 7 días a la semana).

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com



Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que pueden aplicar a su participación en Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO). Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del miembro*.

Tabla de contenido

A. Aviso sobre las leyes.....	2
B. Aviso sobre no discriminación.....	2
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario	2

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com



A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o se explican en este manual. Las leyes principales que se aplican a este manual son las leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y del estado.

B. Aviso sobre no discriminación

Cada compañía o agencia que funciona con Medicare y Texas Medicaid debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. No lo discriminamos ni tratamos de forma diferente por su edad, experiencia en reclamos, color, etnia, evidencia de asegurabilidad, género, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado de salud, antecedentes médicos, discapacidad mental o física, origen nacional, raza, religión o sexo.

Si quiere más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de derechos civiles del Departamento de salud y servicios humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. Usted también puede ir a www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish para obtener más información.
- También puede llamar a la Oficina de derechos civiles de salud y servicios humanos de Texas, al 1-888-388-6332.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de cuidado de salud o a un proveedor, llame a Servicios al miembro. Si tiene una queja, como un problema como el acceso con silla de ruedas, Servicios al miembro puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario

A veces otra persona tiene que pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la Compensación laboral tiene que pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar el pago por los servicios cubiertos por Medicare cuando Medicare no sea el pagador primario.

Si tiene preguntas, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite communityfirstmedicare.com



Capítulo 12: Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados a lo largo del *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos se encuentran en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información que la que incluye la definición, llame a Servicios al miembro.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Actividades de la vida diaria: Lo que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Agencia de Medicaid del estado: La Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC), es la única agencia del estado responsable de operar y, en algunos casos, supervisar el programa de Medicaid del estado.

Apelación: Una manera formal de cuestionar nuestra decisión si le parece que hemos cometido un error. Puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación.

Área de servicio: Un área geográfica en el que un plan de salud acepta miembros si el plan limita la participación dependiendo de donde vivan las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede usar, generalmente también es el área a donde puede ir para obtener servicios de rutina (no de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio. Pueden tener el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO).

Audiencia imparcial: Una oportunidad para que usted describa su problema en un tribunal y demuestre que una decisión que se tomó está equivocada.

Autorización previa: Una aprobación del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) que usted tiene que recibir antes de poder obtener ciertos servicios o medicamentos o visitar a un proveedor fuera de la red. Es posible que el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) no cubra el servicio o medicamento si no recibe la aprobación.

Algunos servicios médicos de la red están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen autorización previa de nuestro plan.

- Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa de nuestro plan están marcados en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

Algunos medicamentos están cubiertos solamente si obtiene autorización previa de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la *Lista de medicamentos cubiertos*.

Auxiliar de salud en el hogar: Una persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de un enfermero o terapeuta con licencia, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo para bañarse, ir al baño, vestirse o hacer el ejercicio que ordene un proveedor). Los auxiliares de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamientos.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Ayuda adicional: Programa de Medicare que ayuda a personas de ingresos y recursos limitados a reducir sus gastos de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare, tales como primas, deducibles, y copagos. La Ayuda adicional también se llama “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS,” por sus siglas en inglés.

Ayuda pagada en espera: Usted puede seguir recibiendo sus beneficios mientras esté esperando una decisión sobre una apelación o una audiencia imparcial. Esta cobertura continua se llama “ayuda pagada en espera”.

Centro de Cirugía Ambulatoria: Una institución que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan cuidado en hospital y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado en la institución.

Centro de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería con personal y equipo que da cuidados de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF): Una institución que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con CMS.

Coordinador de servicios: La persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidados, para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesita.

Copago: Una cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que usted recibe un servicio o suministro. Por ejemplo, usted podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o un medicamento de receta.

Costo compartido: Cantidades que usted tiene que pagar cuando usted recibe servicios o medicamentos. Costo compartido incluye copagos y coseguro.

Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos necesarios para tratar una emergencia médica, prestados por un proveedor capacitado para prestar estos servicios.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



Cuidado en centros de enfermería especializada (SNF): Cuidado y rehabilitación de enfermería especializada que se proporcionan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidado en centros de enfermería especializada incluyen terapia física o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

Cuidado necesario de urgencia: Cuidado que obtiene por una enfermedad, lesión repentina que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Puede obtener cuidado necesario de urgencia de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o si no puede llegar a ellos.

Cuota diaria de costo compartido: Una cuota que se puede aplicar cuando su médico receta un suministro de menos de un mes de algunos medicamentos para usted y usted debe pagar un copago. Una cuota diaria de costo compartido es el copago dividido entre el número de días por un suministro por un mes.

Por ejemplo: Digamos que su copago por un suministro para un mes (un suministro de 30 días) de un medicamento es \$1.30. Esto significa que el costo de su medicamento es un poco más de \$0.04 por día. Si usted recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago sería un poco más de \$0.04 por día, multiplicado por 7 días, para un pago total de \$0.30.

Decisión de cobertura: Una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos y la cantidad que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Desafiliación: El proceso de terminar su participación en nuestro plan. La desafiliación puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Determinación de la organización: El plan tomó una determinación de la organización cuando el plan, o uno de sus proveedores, toman una decisión en relación a la cobertura de servicios o cuánto tiene que pagar por servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización son llamadas “decisiones de cobertura” en este manual. El Capítulo 9 explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica es cuando usted o una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que necesitan cuidado médico inmediato para evitar la muerte, la pérdida de alguna parte del cuerpo o la pérdida de la función de una parte del cuerpo. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor intenso.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Entrenamiento en competencia cultural: Capacitación que brinda instrucción adicional a nuestros proveedores de cuidado de salud que los ayuda a mejor entender sus antecedentes, valores, y creencias para mejor adaptar sus servicios a sus necesidades sociales, culturales, y lingüísticas.

Equipo coordinador de servicios: Un equipo coordinador de servicios puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud, presentes para ayudarle a obtener el cuidado que usted necesite. Su equipo coordinador de servicios también le ayudará a hacer su plan de cuidado.

Equipo médico duradero (DME): Algunos artículos que su médico ordena para que usted use en casa. Por ejemplo, andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Especialista: Un médico que proporciona cuidado de salud para una enfermedad o una parte específica del cuerpo.

Etapas de cobertura catastrófica: La parte del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta fin del año. Usted comienza esta etapa cuando llega al límite de \$6,500 por sus medicamentos de receta.

Etapas de cobertura inicial: La etapa antes de que sus gastos de medicamentos de la Parte D alcancen \$4,130. Esto incluye las cantidades que usted haya pagado, las que nuestro plan ha pagado por usted y el Subsidio por bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Evaluación completa de riesgo de salud: Una evaluación para confirmar su nivel apropiado de riesgo y desarrollar su plan de cuidado. Las evaluaciones completas incluirán, sin limitación, salud física y del comportamiento, necesidades sociales; estado funcional, dominios de bienestar y prevención, estatus y capacidades de la persona que le cuida, así como sus preferencias, fortalezas y objetivos.

Evaluación de riesgos de salud: Una evaluación del historial médico y la condición actual del paciente. Se usa para determinar la salud del paciente y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar un medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación incorrecta/inadecuada: Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura más que el monto de costo compartido del plan por sus servicios. Muestre su tarjeta de identificación de miembro del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) cuando obtenga servicios o recetas. Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas que no entiende.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



Como miembro del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) usted solo debe pagar la cantidad de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Nosotros no permitimos que los proveedores le cobren más de esa cantidad.

Farmacia de la red: Una farmacia que ha aceptado surtir recetas de miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas sólo si usted las surte en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha aceptado trabajar para nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos directos de su bolsillo: El requisito de costo compartido en el que los miembros pagan parte de los servicios o medicamentos que obtienen. Lea la definición de “costo compartido” arriba.

Hogar para personas de la tercera edad o centro de enfermería: Un lugar que da cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Hospicio: Un programa de cuidados y respaldo para personas con pronósticos médicos terminales, para ayudarles a vivir cómodamente. Un pronóstico médico terminal significa que la persona tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Una persona que tenga un pronóstico médico terminal tiene derecho a elegir hospicio.
- Un equipo de profesionales y cuidadores con capacitación especial, ofrecen atención para la persona completa, que incluye las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- El Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) deberá darle a usted una lista de proveedores de hospicio en su área geográfica.

Información médica personal (también llamada Información médica protegida) (PHI): Información sobre usted y su salud, tal como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas médicas e historial médico. Lea el Aviso de prácticas de privacidad de el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) para más información sobre cómo el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) protege, usa, y divulga su PHI, así como sus derechos respecto a su PHI.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Límites de cantidad: Un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Los límites pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos de receta cubiertos por el plan. El plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos le dice si hay reglas que deba seguir para obtener sus medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se llama “formulario”.

Manual del miembro y divulgación de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los adjuntos, o cláusulas adicionales, que explican su cobertura, nuestras responsabilidades y sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia médica): Un programa operado por el gobierno federal y del estado, que ayuda a las personas de ingresos y recursos limitados a pagar servicios y respaldos a largo plazo y costos médicos.

- Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura de Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidado de salud están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid.
- Lea el Capítulo 2 si quiere información para comunicarse con Texas Medicaid.

Medicamento necesario: Esto describe los servicios, suministros o medicamentos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado para evitar que tenga que ir a un hospital o a un hogar para personas de la tercera edad. También incluye los servicios, suministros o medicamentos que cumplen con los estándares aceptados de prácticas médicas.

Medicamento de marca: Un medicamento de receta que fabrica y vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos están hechos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico: Un medicamento de receta aprobado por el gobierno federal para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca. Normalmente es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para describir todos los medicamentos de receta cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Lea “Medicamentos de la Parte D de Medicare.”

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D de Medicare. El Congreso excluyó específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura como medicamentos de la Parte D. Texas Medicaid puede cubrir algunos de esos medicamentos.

Medicamentos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés):

Medicamentos de venta sin receta médica son medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta de un profesional médico.

Medicare: El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, los menores de 65 años con determinadas discapacidades y los que padecen de enfermedad de los riñones en etapa terminal (por lo general, esto significa quienes tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de cuidado de salud Medicare a través de Medicare Original o un plan de cuidado administrado (lea “Plan de salud”).

Medicare Original (Medicare tradicional o planes de pago por servicio de

Medicare): El gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, sus servicios están cubiertos pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de salud las cantidades que fija el Congreso.

- Puede visitar a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Una persona que tiene Medicare y Texas Medicaid y es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y el estado.

Miembro de Medicare-Medicaid: Una persona elegible para cobertura de Medicare y de Texas Medicaid. Un miembro de Medicare-Medicaid también se llama una “persona doblemente elegible”.

Nivel de costo compartido: Un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de *la Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como la Lista de medicamentos) está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto será lo que usted pague por el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Medicamentos genéricos, de marca, o medicamentos de venta sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento en la *Lista de medicamentos* está en uno de los cinco niveles.

Ombudsman: Una oficina en su estado que funciona como un defensor en su nombre. Esta persona puede responder a sus preguntas si tiene un problema o una queja y puede ayudarle a entender qué debe hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Puede encontrar más información sobre el ombudsman en los Capítulos 2 y 9 de este manual.

Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de personas con Medicare. El gobierno federal les paga para que controlen y mejoren el cuidado que se da a los pacientes. Lea el Capítulo 2 si quiere información para comunicarse con la QIO por su estado.

Paciente hospitalizado: Un término utilizado cuando usted ha sido internado formalmente en el hospital, para recibir servicios médicos certificados. Si no fue internado formalmente, podría ser considerado aún como paciente externo y no como paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Parte A: Lea “Parte A de Medicare.”

Parte A de Medicare: El programa de Medicare que cubre la mayoría del cuidado médicamente necesario de hospital, centro de enfermería especializada, salud en el hogar y cuidado de hospicio.

Parte B: Lea “Parte B de Medicare.”

Parte B de Medicare: El programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio y consultas a médicos) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) médicamente necesarios para tratar una enfermedad. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y exámenes.

Parte C: Lea “Parte C de Medicare.”

Parte C de Medicare: El programa de Medicare que permite a las compañías de seguros de salud privadas dar beneficios de Medicare a través de un plan de salud llamado plan Medicare Advantage.

Parte D: Lea “Parte D de Medicare.”

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Parte D de Medicare: El programa de beneficios para medicamentos de receta de Medicare. (Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar). La Parte D cubre medicamentos de receta, vacunas y algunos suministros para pacientes externos que no tienen cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare, ni de Texas Medicaid. El Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) incluye la Parte D de Medicare.

Plan de cuidado: Un plan de cuidado concentrado en la persona que controla los servicios de cuidado de salud que usted recibirá y cómo los recibirá. El Coordinador de servicios desarrolla el plan con usted, su familia, como sea apropiado, y sus proveedores. El plan de cuidado contiene su historial médico, un resumen de sus necesidades médicas y sociales a corto y largo plazo, inquietudes y metas y una lista de los servicios necesarios, su frecuencia y una descripción de quién proporcionará esos servicios.

Plan de Medicare-Medicaid (MMP): Un plan de Medicare-Medicaid es una organización formada por doctores, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, y otros proveedores. También cuenta con Coordinadores de servicios para ayudarlo a administrar todos los proveedores y los servicios. Trabajan juntos para brindarle la atención que usted necesita.

Plan de salud: Una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de servicios, quienes le ayudan a administrar a todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para darle la atención que usted necesite.

Plan Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes MA,” que ofrecen beneficios a través de compañías privadas. Medicare les paga a estas compañías para cubrir sus beneficios de Medicare.

Prótesis y ortóticos: Estos son dispositivos médicos ordenados por su médico u otro proveedor de cuidado de salud. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, arneses para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, incluyendo suministros de ostomía y terapia de nutrición entérica o intravenosa.

Proveedor de cuidado primario (PCP): Su Proveedor de Cuidado Primario es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero en la mayoría de sus problemas de salud.

- Esta persona se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse sano. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de cuidado de salud sobre sus cuidados y le da referidos para verles.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver primero a su Proveedor de Cuidado Primario antes de ver a cualquier otro proveedor de cuidado de salud.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.communityfirstmedicare.com.



- Lea el Capítulo 3 si quiere información sobre cómo recibir atención de Proveedores de Cuidado Primario.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan servicios y cuidado de salud. El término también incluye hospitales, agencias de cuidado de salud en el hogar, clínicas y otros lugares que le dan servicios de cuidado de salud, equipo médico y servicios y respaldos a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de cuidado de salud.
- Les llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con el plan de salud y aceptan nuestro pago y no le cobran a nuestros miembros una cantidad adicional.
- Mientras usted sea miembro de nuestro plan, usted debe usar los proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores también son llamados “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o institución que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el Capítulo 3 se explican los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Una declaración escrita o de palabra que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre sus servicios cubiertos o su cuidado. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de la red o las farmacias de la red. El nombre formal de “presentar una queja” es “presentar un reclamo”.

Reclamo: Una queja que usted hace sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores o de las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad de su cuidado.

Referido: Un referido significa que su Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) debe de autorizar que usted vea a alguien que no es su PCP. Si usted no recibe aprobación, es posible que el Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) no cubra los servicios. Usted no necesita un referido para ver ciertos especialistas, tales como especialistas de salud de mujeres. Puede encontrar más información sobre referidos en el Capítulo 3 y sobre los servicios que requieren referidos en el Capítulo 4.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más de edad. Los beneficios SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios al miembro: Un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre su participación, beneficios, quejas y apelaciones. Lea el Capítulo 2 si quiere información sobre cómo comunicarse con Servicios al miembro.

Servicios cubiertos: El término general que usamos cuando hablamos de todo el cuidado de salud, los servicios y respaldos a largo plazo, los suministros, los medicamentos de receta y de venta sin receta médica, equipos y otros servicios cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluyendo el nuestro, deben cubrir todos los servicios que cubren la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que obtiene para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Lea el Capítulo 4 para conocer más sobre servicios de rehabilitación.

Servicios y respaldos a largo plazo (LTSS): Los servicios y respaldos a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudarán a mantenerse en su hogar, para que no tenga que ir a un hogar para personas de la tercera edad o a un hospital.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Lea “Ayuda adicional”.

Terapia escalonada: Una regla de cobertura que le exige que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



Servicios para Miembros del Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO)

POR TELÉFONO	<p>1-833-434-2347 las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>De 8 am a 8 pm, 7 días a la semana. Hora central.</p> <p>Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre.</p> <p>Servicios para Miembros también tiene servicio de intérpretes gratuito, para las personas que no hablen español.</p>
TTY	<p>1-800-390-1175 las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>24 horas al día, los 7 días de la semana.</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y es para personas que tienen problemas para oír o hablar.</p>
POR FAX	<p>210-358-6408 o 210-358-6409</p>
POR CORREO	<p>Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, TX 78249</p>
SITIO WEB	<p>www.communityfirstmedicare.com</p>

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Plan Community First Medicare Advantage y D-SNP (HMO) al 1-833-434-2347, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 1-800-390-1175, 24 horas al día, los 7 días de la semana.) La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.communityfirstmedicare.com.



2021

MEDICARE ADVANTAGE PLAN
Member Handbook



12238 Silicon Drive, Ste. 100
San Antonio, Texas 78249
cfhp.com