

COMMUNITY FIRST
— MEDICARE ADVANTAGE —

2025

D-SNP (HMO)

**MEDICARE ADVANTAGE PLAN DUAL ELIGIBLE
SPECIAL NEEDS (D-SNP) (HMO)**

MANUAL PARA MIEMBROS



SERVICIOS A LOS MIEMBROS 1-833-434-2347 (Línea gratuita)

Los 7 días de la semana, 8 a.m. a 8 p.m. (1 de octubre - 31 de marzo)

De lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. (1 de abril - 30 de septiembre)

Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días
festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre.

TTY: 711 (24 horas al día/7 días de la semana)

MEDICARE ADVANTAGE D-SNP (HMO) MANUAL PARA MIEMBROS

**Community First Medicare Advantage D-SNP brinda cobertura a
residentes de los condados de Atascosa, Bandera, Bexar, Comal, Guadalupe,
Kendall, Medina, y Wilson.**

Servicios para Miembros: 1-833-434-2347 (gratis)
MedicareAlamo.com

Los 7 días de la semana, 8 a.m. a 8 p.m. (1 de octubre - 31 de marzo)
De lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m. (1 de abril - 30 de septiembre)

Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días
festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre.

TTY: 711 (24 horas al día/7 días de la semana)

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
DESCARGO DE RESPONSABILIDADES.....	9
CAPÍTULO 1: PRIMEROS PASOS COMO MIEMBRO	10
Introducción.....	10
A. Bienvenido a Plan Community First Medicare Advantage D-SNP.....	10
B. Información sobre Medicare y Medicaid	10
B1. Medicare	10
B2. Medicaid de Texas	10
C. Ventajas de este plan.....	11
D. Área de servicio de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP.....	12
E. ¿Qué le hace elegible para ser Miembro del Plan?.....	12
F. ¿Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en un Plan de salud?.....	12
G. Plan de cuidado.....	13
H. Prima mensual del Plan Community First Medicare Advantage D-SNP.....	13
I. Manual para Miembros.....	14
J. Otra información que obtendrá de nosotros	14
J1. Su ID de Miembro	14
J2. Directorio de proveedores y Directorio de farmacias	15
J4. La explicación de los beneficios.....	16
K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....	16
K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)	17
CAPÍTULO 2: NÚMEROS DE TELÉFONO Y RECURSOS IMPORTANTES	18
Introducción.....	18
A. Cómo comunicarse con Servicios para miembros de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP	18
A1. Cuándo comunicarse con Servicios para miembros	18
B. Cómo comunicarse con su coordinador de servicios.....	20
B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de atención	21
C. Cómo ponerse en contacto con la línea telefónica de asesoramiento de enfermería.....	21
C1. Cómo ponerse en contacto con la línea telefónica de asesoramiento de enfermería	21
D. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual y abuso de sustancias	22
D1. Cómo comunicarse con la Línea de crisis de salud conductual y abuso de sustancias	22
E. Cómo comunicarse con los Servicios de transporte médico que no son de emergencia.....	22
E1. Cuándo ponerse en contacto con los servicios de NEMT	23
E2. Cuándo ponerse en contacto con “¿Dónde está mi transporte?”	23
F. Cómo comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP).....	23
F1. Cuándo contactar a HICAP	23
G. Cómo comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad (QIO).....	23
G1. Cuándo contactar TMF, Health Quality Institute.....	24
H. Cómo comunicarse con Medicare.....	24
I. Cómo comunicarse con Medicaid de Texas.....	25
J. Cómo comunicarse con la Oficina del Ombudsman de la HHSC	25
K. Cómo comunicarse con el Ombudsman de Atención a Largo Plazo de Texas	25
L. Otros recursos.....	26
L1. Proveedores de planes	26
L2. Recursos comunitarios para asistencia.....	27

CAPÍTULO 3: USO DE LA COBERTURA DEL PLAN PARA SU ATENCIÓN MÉDICA Y OTROS SERVICIOS CUBIERTOS ..33

Introducción.....	33
A. Información sobre “servicios”, “servicios cubiertos”, “proveedores” y “proveedores de la red”	33
B. Reglas para obtener su atención médica, salud conductual y otros servicios y apoyos cubiertos por el Plan.....	33
C. Información sobre su coordinador de servicios	34
C1. Qué es un coordinador de servicios	35
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de servicios	35
C3. Cómo puede cambiar de coordinador de servicios.....	35
C4. Qué puede hacer un coordinador de servicios por usted	35
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.....	35
D1. Atención de un proveedor de atención primaria.....	35
D2. Atención de especialistas y otros proveedores de la red	37
D3. Qué hacer cuando un proveedor deja nuestro Plan.....	38
D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	38
D5. Cómo cambiar de Plan de salud	39
E. Cómo obtener servicios de salud conductual	39
F. Cómo obtener servicios de transporte médico que no sea de emergencia (NEMT)	40
F1. Qué son los servicios NEMT	40
F2. Que servicios están incluidos	40
F3. Cómo programar los servicios NEMT	40
G. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia médica o una necesidad urgente de atención, o durante un desastre.....	41
G1. Cuidado cuando tiene una emergencia médica	41
G2. Atención de urgencia.....	43
G3. Cuidado durante un desastre	43
H. Qué hacer si se le factura directamente por los servicios cubiertos por nuestro Plan.....	43
H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios.....	44
I. Cobertura De Los Servicios De Salud Cuando Usted Participa En Un Estudio De Investigación Clínica.....	44
I1. Definición de un estudio de investigación clínica.....	44
I2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	45
I3. Más información sobre los estudios de investigación clínica.....	45
J. Cómo se cubren sus servicios de atención médica cuando recibe atención en una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud	45
J1. Definición de institución religiosa no médica para el cuidado de la salud	45
J2. Recibir atención de una institución religiosa no médica para el cuidado de la salud.....	46
K. Equipos médicos duraderos (DME)	46
K1. DME como Miembro de nuestro Plan.....	46
K2. Propiedad de DME cuando se cambia a Medicare Original	47
K3. Beneficios del equipo de oxígeno como Miembro de nuestro Plan	47
K4. Equipo de oxígeno cuando se cambia a Medicare Original	47

CAPÍTULO 4: CUADRO DE BENEFICIOS49

Introducción.....	49
A. Sus servicios cubiertos y sus costos de bolsillo	49
A1. Durante emergencias de salud pública.....	49
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por los servicios	49
C. Cuadros de beneficios de nuestro Plan.....	49
D. Cuadro de beneficios de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP	51

E. Beneficios cubiertos fuera de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP	78
F. Beneficios no cubiertos por Plan Community First Medicare Advantage D-SNP, Medicare o Texas Medicaid	82
G. Beneficios adicionales cubiertos por Plan Community First Medicare Advantage D-SNP	84

CAPÍTULO 5: CÓMO OBTENER SUS MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS A TRAVÉS

DEL PLAN	85
Introducción.....	85
A. Surtir sus recetas.....	86
A1. Cómo surtir su receta en una farmacia de la red	86
A2. Usar su tarjeta de identificación de Miembro cuando surte una receta	86
A3. Qué hacer si se cambia a una farmacia de la red diferente	86
A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red	87
A5. Usando una farmacia especializada	87
A6. Usar servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	87
A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo.....	88
A8. Usar una farmacia que no está en la red del Plan.....	89
A9. Devolverle el dinero si paga por una receta	89
B. La lista de medicamentos del Plan.....	90
B1. Medicamentos en la lista de medicamentos.....	90
B2. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos.....	91
B3. Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos.....	91
B4. Niveles de lista de medicamentos.....	92
C. Límites de algunos medicamentos.....	92
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto.....	93
D1. Obtener un suministro temporal.....	94
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	95
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	97
F1. Si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el Plan.....	97
F2. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo	97
F3. Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare.....	98
G. Programas sobre seguridad y manejo de medicamentos.....	98
G1. Programas para ayudar a los Miembros a usar los medicamentos de manera segura.....	98
G2. Programas para ayudar a los Miembros a administrar sus medicamentos.....	98
G3. Programa de administración de medicamentos para ayudar a los Miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides.....	99

CAPÍTULO 6: LO QUE PAGA POR SUS MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE101

Introducción.....	101
A. La Explicación de Beneficios (EOB)	102
B. Cómo realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos.....	103
C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de la Parte D de Medicare.....	103
C1. Los niveles de costo compartido del Plan.....	104
C2. Sus opciones de farmacia.....	104
C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	105
C4. Lo que paga	105
D. Etapa 1: etapa del deducible anual.....	105
D1. Sus opciones de farmacia	105
D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	105

D3. Lo que paga.....	106
D4. Fin de la etapa de cobertura del deducible anual	106
E. Etapa 2: etapa de cobertura inicial	106
E1. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	106
E2. Lo que paga	106
E3. Fin del período de cobertura inicial	108
F. Etapa 3: período de cobertura catastrófica	108
G. Los costos de los medicamento si su médico le receta menos de un mes de suministro	109
H. Vacunas	109
H1. Lo que necesita saber antes de vacunarse	109
H2. Lo que paga por una vacuna de la Parte D de Medicare.....	110
CAPÍTULO 7: CÓMO SOLICITARNOS QUE PAGUEMOS NUESTRA PARTE DE UNA FACTURA QUE HA RECIBIDO POR SERVICIOS O MEDICAMENTOS CUBIERTOS	111
Introducción.....	111
A. Solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos	111
B. Enviar una solicitud de pago	113
C. Decisiones de cobertura	113
D. Apelaciones	114
CAPÍTULO 8: SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES	115
Introducción.....	115
A. Nuestro plan debe respetar sus derechos como Miembro del plan.....	115
B. Nuestra responsabilidad de asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	115
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés)	117
C1. Cómo protegemos su PHI	117
C2. Usted tiene derecho a ver sus expedientes médicos.....	118
D. Nuestra responsabilidad de darle información sobre el plan, sus proveedores de la red y los servicios cubiertos para usted	118
E. Inhabilidad de los proveedores de la red para cobrarle directamente.....	119
F. Su derecho a retirarse del plan.....	119
G. Su derecho a decidir sobre su cuidado de salud	119
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a decidir sobre su cuidado de salud	119
G2. Su derecho a decir qué quiere que ocurra si usted no puede tomar decisiones sobre su cuidado de salud	120
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	121
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos.....	121
H1. Qué hacer si cree que lo están tratando de forma injusta o desea más información sobre sus derechos	122
I. Sus responsabilidades como Miembro del plan	122
CAPÍTULO 9: QUÉ HACER SI TIENE UN PROBLEMA O UNA QUEJA (DECISIONES DE COBERTURA, APELACIONES, QUEJAS).....	125
Introducción.....	125
A. Qué hacer si tiene un problema.....	125
A1. Acerca de los términos legales.....	125
B. Dónde llamar para pedir ayuda	126
B1. Dónde obtener más información y ayuda	126
C. Problemas con sus beneficios	127
C1. Usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones o para presentar una queja.....	127

D. Decisiones de cobertura y apelaciones	127
D1. Resumen de decisiones de cobertura y apelaciones	127
D2. Obteniendo ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones	127
D3. Usar la sección de este capítulo que puede ayudarle	128
E. Problemas sobre servicios, artículos y medicamentos (que no son medicamentos de la Parte D).....	129
E1. Cuándo usar esta sección.....	129
E2. Pidiendo una decisión de cobertura	130
E3. Apelación de Nivel 1 para servicios, artículos y medicamentos (no para medicamentos de la Parte D).....	132
E4. Apelación de Nivel 2 para servicios, artículos y medicamentos (pero no para medicamentos de la Parte D).....	135
E5. Problemas de pagos	138
F. Medicamentos de la Parte D.....	140
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.....	140
F2. Qué es una excepción	141
F3. Cosas importantes que debe saber cuando pide una excepción	142
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	143
F5. Apelación de Nivel 1 para medicamentos de la Parte D	145
F6. Apelación de Nivel 2 para medicamentos de la Parte D	147
G. Cómo pedir que le cubramos una estadía más larga en el hospital	148
G1. Aprendiendo sobre sus derechos de Medicare	148
G2. Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su salida del hospital	149
G3. Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital	151
G4. Qué sucederá si pierdo la fecha límite para apelar	151
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.....	153
H1. Le avisaremos por anticipado cuándo terminará su cobertura.....	153
H2. Apelación de Nivel 1 para continuar su cuidado	153
H3. Apelación de Nivel 2 para continuar su cuidado	155
H4. Qué sucede si pierde la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1.....	156
I. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	157
I1. Pasos siguientes para los servicios y artículos de Medicare.....	157
I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicaid de Texas.....	158
J. Cómo presentar una queja	158
J1. Qué tipos de problemas deberían causar una queja.....	158
J2. Quejas internas.....	159
J3. Quejas externas.....	160
CAPÍTULO 10: CÓMO TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN EL PLAN	162
Introducción.....	162
A. Cuándo puede terminar su participación en nuestro plan	162
B. Cómo terminar su participación en nuestro plan.....	163
C. Cómo inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid	163
D. Cómo recibir los servicios de Medicare y Medicaid por separado.....	163
D1. Maneras de recibir sus servicios de Medicare	164
D2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid	165

E. Siga recibiendo sus servicios médicos y de medicamentos a través de nuestro plan hasta que termine su participación.....	165
F. Otras circunstancias en que terminará su participación.....	166
G. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relativo a su salud	166
H. Su derecho a presentar una queja si terminamos su participación en nuestro plan.....	167
I. Cómo obtener más información sobre cómo terminar su participación en el plan	167
CAPÍTULO 11: AVISOS LEGALES	168
Introducción.....	168
A. Aviso sobre las leyes	168
B. Aviso sobre no discriminación	168
C. Aviso sobre Medicare como pagador secundario.....	168
CAPÍTULO 12: DEFINICIONES DE PALABRAS IMPORTANTES.....	169
Introducción.....	169
Servicios para Miembros del Plan Community First Medicare Advantage D-SNP.....	178

INTRODUCCIÓN

Este manual le informa sobre su cobertura bajo el Plan Medicare Advantage Dual Eligible Special Needs de Community First (D-SNP) (HMO) hasta el 31 de diciembre de 2025. 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.

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

Plan Community First Medicare Advantage D-SNP es ofrecido 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”, se refiere a Plan Community First Medicare Advantage D-SNP.

Si habla español, hay disponibles para usted servicios de asistencia en su idioma sin cargo. Llame al Plan Community First Medicare Advantage D-SNP al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratis.

Puede obtener este documento de forma gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Si prefiere un formato alternativo, llame a Plan Community First Medicare Advantage D-SNP al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratis.

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

DESCARGO DE RESPONSABILIDADES

- La cobertura de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 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 en línea del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [IRS.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad compartida individual.
- Plan Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) es un Plan de salud HMO con contrato con Medicare. Medicare debe aprobar el Plan Community First Medicare Advantage D-SNP cada año.
- La inscripción en Plan Community First Medicare Advantage D-SNP depende de la renovación del contrato.
- Plan Community First Medicare Advantage D-SNP es un Plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Texas para brindar beneficios de ambos programas a los afiliados.

CAPÍTULO 1: PRIMEROS PASOS COMO MIEMBRO

INTRODUCCIÓN

Este capítulo incluye información sobre el Plan Community First Medicare Advantage D-SNP y su membresía. También le dice qué esperar y qué otra información obtendrá de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual para Miembros.

A. BIENVENIDO A PLAN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE D-SNP

Plan Community First Medicare Advantage 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 ayudarle a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionar el cuidado que usted necesita.

Community First Health Plans, Inc. fue establecido en 1995 por University Health para brindar cobertura de atención médica a los ciudadanos de Bexar y los 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 Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 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

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.
- El costo de los servicios.

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

Medicare y Texas deben aprobar Community First Medicare Advantage D-SNP cada año. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medicaid de Texas a través de nuestro plan siempre que:

- Usted sea elegible para participar en el proyecto de demostración de atención integrada para personas con doble elegibilidad de Texas;
- Ofrezcamos el plan en su condado, y
- Medicare y el Estado de Texas aprueben el plan.

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

C. VENTAJAS DE ESTE PLAN

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

Community First Medicare Advantage D-SNP le ayudará a que sus beneficios de Medicare y Medicaid de Texas funcionen mejor juntos y funcionen mejor para usted. Algunas ventajas de estos planes incluyen las siguientes:

- Podrá trabajar con un Plan de salud para **todas** sus necesidades de seguro médico.
- Tendrá un equipo de coordinación de servicios que ayudó a armar. Su equipo puede incluir médicos, enfermeras, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener la atención que necesita.
- Contará con un Coordinador de Servicios. Esta es una persona que trabaja con usted, con Community First Medicare Advantage D-SNP y con sus proveedores de atención para asegurarse de que usted reciba la atención que necesita.
- Podrá dirigir su propia atención con la ayuda de su equipo de coordinación de servicios y del coordinador de servicios.
- El equipo de coordinación de servicios y el coordinador de servicios trabajarán con usted para elaborar un plan de atención diseñado específicamente para satisfacer sus necesidades de salud.
- El equipo de coordinación de servicios se encargará de coordinar los servicios que usted necesite. Esto significa, por ejemplo:
 - Su equipo de coordinación de servicios se asegurará de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma para que puedan reducir los efectos secundarios.
 - Su equipo de coordinación de servicios se asegurará de que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores.

D. ÁREA DE SERVICIO DE PLAN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE D-SNP

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

Solo las personas que viven en uno de estos condados en nuestra área de servicio pueden obtener Plan Community First Medicare Advantage D-SNP.

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 LE HACE ELEGIBLE PARA SER MIEMBRO DEL PLAN?

Usted es elegible para el Plan Community First Medicare Advantage D-SNP siempre que:

- Usted tenga 21 años o más, y
- Viva en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran viviendo en el área geográfica de servicio incluso si están ubicadas físicamente en ella), 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
- Usted sea elegible para Medicaid de Texas y al menos uno de los siguientes:
 - Tiene una discapacidad física o mental y califica para el ingreso de seguridad suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), o
- Califica para Medicaid de Texas porque recibe servicios de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCS); y
- NO está inscrito en uno de los siguientes programas de exención 1915(c):
 - Servicios de apoyo y asistencia para la vida comunitaria (CLASS, por sus siglas en inglés)
 - Programa para Sordociegos y Discapacidades Múltiples (DBMD, por sus siglas en inglés)
 - Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCS, por sus siglas en inglés)
 - Programa de vida en el hogar de Texas (TxHmL)

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 de Community First Medicare Advantage D-SNP 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 Plan Community First Medicare Advantage D-SNP es nuevo 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 de la red Plan Community First Medicare Advantage D-SNP. 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.

G. PLAN DE CUIDADO

Su plan de cuidado es el plan que establece qué servicios de salud recibirá y cómo los recibirá.

Después de su evaluación de riesgos de la salud, su equipo de coordinación de servicios se reunirá con usted para hablar sobre los servicios de salud que usted necesita y desea. Juntos, usted y su equipo de coordinación de servicios elaborarán su plan de cuidado.

Cada año, su equipo de coordinación de servicios trabajará con usted para actualizar su plan de cuidado si los servicios de salud que usted necesita y desea cambian.

Su plan de cuidado consta de lo siguiente:

- Problemas de salud, metas e intervenciones específicas de los Miembros que abordan los 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 las metas y planes del miembro sobre cómo abordarlas.
- Un cronograma para el seguimiento futuro y las actualizaciones del equipo de coordinación de servicios.

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

H. PRIMA MENSUAL DEL PLAN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE D-SNP

Los miembros de Community First Medicare Advantage D-SNP no pagan una prima mensual del plan por separado.

I. 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 Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711). También puede ver el Manual para Miembros en MedicareAlamo.com o descargarlo de este sitio en línea.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en Plan Community First Medicare Advantage D-SNP entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

J. OTRA INFORMACIÓN QUE OBTENDRÁ DE NOSOTROS

Ya debería haber recibido una tarjeta de identificación de Miembro de Community First Medicare Advantage D-SNP, información sobre cómo acceder a un Directorio de proveedores y un Directorio de farmacias e información sobre cómo acceder a una Lista de medicamentos cubiertos.

J1. Su ID de Miembro

Con nuestro plan, tendrá una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid de Texas. Debe mostrar esta tarjeta 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		H5447-002 MEDICARE ADVANTAGE D-SNP	
Name: John M. Doe Member ID: 0000-000-0000 Group No: A0012345678 Policy Effective Date: 01/01/2021 Primary Care Physician: Provider Name PCP Phone Number: 001-234-5678 PCP Effective Date: 01/01/2021			
RxBIN: 610602 RxPCN: NVTD RxGRP: CFD002		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. 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 711 (24 hours a day/7 days a week) Behavioral Health Services: Toll-Free 1-877-221-2226 (24 hours/7 days a week) Nurse Advice Line: (24 hours/7 days a week) Local 210-358-6386 • Toll-Free 1-800-434-2347 Website: CommunityFirstMedicare.com	
Navitus Health Solutions H5447_10200000031_C		MedicareRx Prescription Drug Coverage	

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. 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 711 (24 horas al día/7 días a la semana) Servicios de Salud Mental: Gratis 1-877-221-2226 (24 horas al día/7 días a la semana) 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 Community First within 24 hours at 210-358-6050 or fax to 210-358-6040. Pharmacist 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 PO Box 240969, Apple Valley, MN 55124

Si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame a Departamento de servicios para miembros de inmediato al 1-833-434-2347 y le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras usted sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de beneficios de Medicaid de Texas para recibir servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro en caso de que las necesite más adelante. Si usted muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta Community First Medicare Advantage D-SNP, 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 ver qué hacer si usted recibe una factura de un proveedor. **La única excepción es si usted necesita cuidados paliativos, entonces usted utilizará su tarjeta de Medicare Original.**

J2. Directorio de proveedores y Directorio de farmacias

El directorio de proveedores y el directorio de farmacias enumeran los proveedores y farmacias de su red Community First Medicare Advantage D-SNP. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores de la red para obtener servicios cubiertos. Hay algunas excepciones cuando se une a nuestro plan por primera vez.

Puede solicitar un Directorio de proveedores un Directorio de farmacias llamando a Servicios para miembros al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). También puede ver o descargar el Directorio de proveedores y el Directorio de farmacias visitando [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) y haciendo clic en “Recursos para Miembros”.

El Directorio de proveedores 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 de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP. El Directorio de farmacias enumera las farmacias de la red actual que puede utilizar 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.

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 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. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711) para obtener más información. Tanto Departamento de servicios para miembros como el sitio en línea del Plan [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) puede brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestras farmacias y proveedores de la red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

El plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos. La 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 su Plan Community First Medicare Advantage D-SNP.

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 [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) o llame al 1-833-434-2347.

J4. La explicación de los beneficios

Cuando use sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle 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).

El 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 medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el 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 el EOB y cómo puede ayudarle a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Un EOB también está disponible cuando lo solicita. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para miembros al 1-833-434-2347.

K. 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 (**NOTA:** Usted no está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si usted cambia alguna información, avísenos llamando a Servicios para miembros al 1-833-434-2347, los 7 días de la semana, de 8 de la mañana a 8 de la noche, (del 1 de octubre al 31 de marzo), de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la tarde, (del 1 de abril - 30 de septiembre); servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana).

K1. 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.

CAPÍTULO 2: NÚMEROS DE TELÉFONO Y RECURSOS IMPORTANTES

INTRODUCCIÓN

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 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 defenderle en su nombre. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo del Manual para Miembros.

A. CÓMO COMUNICARSE CON SERVICIOS PARA MIEMBROS DE PLAN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE D-SNP

LLAME AL	1-833-434-2347 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Tiempo central. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratis. Para servicios de emergencia, marque 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 24 horas al día, 7 días a 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.
FAX	210-358-6408 or 210-358-6409
ESCRIBA	Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, TX 78249
SITIO EN LÍNEA	MedicareAlamo.com

A1. Cuándo 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, o
 - 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.
 - Puede enviar una queja sobre Plan Community First Medicare Advantage D-SNP directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea en [Medicare.gov/MedicareComplaintForm/Home.aspx](https://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, o
 - 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 el Capítulo 9).
 - Puede enviar una queja sobre Plan Community First Medicare Advantage D-SNP directamente a Medicare. Puede usar un formulario en línea en [Medicare.gov/MedicareComplaintForm/Home.aspx](https://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 apelaciones.

B. CÓMO COMUNICARSE CON SU COORDINADOR DE SERVICIOS

¿Qué es un coordinador de servicios?

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

Su coordinador de servicios:

- Evaluará sus necesidades de atención médica.
- Desarrollará un plan de atención que se actualice con la frecuencia necesaria.
- Coordinará sus servicios de atención médica.
- 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.

¿Cómo puedo conseguir un coordinador de servicios?

A los Miembros de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP se les asignará automáticamente un Coordinador de atención.

¿Cómo puedo comunicarme con mi coordinador de servicios o cambiarlo?

Puede comunicarse con su coordinador de servicios o cambiarlo llamando a Servicios para miembros.

Tiene derecho a cambiar su coordinador de servicios en cualquier momento.

LLAME AL	1-833-434-2347 Esta llamada es gratis. 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Tiempo central. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, 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.
FAX	210-358-6040
ESCRIBA	Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, TX 78249
SITIO EN LÍNEA	MedicareAlamo.com

B1. Cuándo comunicarse con su coordinador de atención

- 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 servicios, 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
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Terapia del Habla
- Servicios sociales médicos
- Atención médica en casa

C. CÓMO PONERSE EN CONTACTO CON LA LÍNEA TELEFÓNICA DE ASESORAMIENTO DE ENFERMERÍA

Community First tiene una línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año para ayudarle a obtener la atención que necesita.

LLAME AL	1-800-434-2347 de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratis. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, 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 telefónica de asesoramiento de enfermería

- 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 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

LLAME AL	1-877-221-2226, las 24 horas, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratis. Esta línea telefónica cuenta con personal capacitado. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711, 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.

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 LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO QUE NO SON DE EMERGENCIA

Como miembro de Community First Medicare Advantage D-SNP, puede obtener transporte médico que no sea de emergencia (NEMT) sin costo hacia/desde el médico, dentista, hospital o farmacia.

Community First trabaja con SafeRide Health para brindar transporte de acera a acera a nuestros miembros. Usted puede organizar el transporte médico que no sea de emergencia en línea o por teléfono. **Reserve su viaje al menos 48 horas antes de su cita.**

Los servicios de NEMT incluyen:

- Pases o boletos para viajar en tren, autobús o avión
- Transporte de ida y vuelta
- Reembolso de millas
- Gastos de transporte (para menores de 20 años).
- Gastos de transporte de su asistente

Cuando llame a SafeRide, esté listo para proporcionar:

- Número de identificación de Medicare en su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare
- Nombre, dirección y número de teléfono del lugar a donde va
- La razón de su visita médica

LLAME AL	1-855-932-2335 (TTY 711) Esta llamada es gratis. De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. La información está disponible en inglés y español.
SITIO EN LÍNEA	Descargue la aplicación móvil MySafeRide o visite CommunityFirst.Member.SafeRideHealth.com/login para reservar su viaje.
¿DÓNDE ESTÁ MI VIAJE?	Para obtener ayuda después de horas o los fines de semana, llame a: 1-855-932-2335. De lunes a sábado, 4:00 a.m. a 8:00 p.m.

E1. Cuándo ponerse en contacto con los servicios de NEMT

- Preguntas y ayuda para programar viajes a citas de atención médica que no sean de emergencia
- Los viajes NO incluyen ambulancia.

E2. Cuándo ponerse en contacto con “¿Dónde está mi transporte?”

- Preguntas fuera del horario de atención
- En los fines de semana
- Si tienes preguntas sobre el estado de su viaje programado.

F. CÓMO COMUNICARSE CON EL PROGRAMA ESTATAL DE ASISTENCIA SOBRE SEGUROS DE SALUD (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program—SHIP) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare. En Texas, el SHIP se denomina **Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (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	711 Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA	Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, TX 78714-9104
CORREO ELECTRÓNICO	info@shiptacenter.org
SITIO EN LÍNEA	HHS.Texas.gov/Services/Health/Medicare

F1. Cuándo 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 ayudarle a:
 - entender sus derechos,
 - comprender sus opciones de Planes,
 - presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y
 - solucionar problemas con sus facturas.

G. CÓMO COMUNICARSE CON LA ORGANIZACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada TMF, Health Quality Institute. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. TMF, Health Quality Institute no está relacionado con nuestro Plan.

LLAME AL	1-800-725-9216
ESCRIBA	TMF Health Quality Institute 3107 Oak Creek Drive, Suite 200 Austin, TX 78727-3107
SITIO EN LÍNEA	TMF.org

G1. Cuándo contactar TMF, Health Quality Institute

- 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, o
 - 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 (CORE, por sus siglas en inglés) finalizan demasiado pronto.

H. 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 Medicare y Servicios de Medicaid, o CMS.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratis. Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
SITIO EN LÍNEA	Medicare.gov Este es el sitio en línea oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios. Incluye sitios web útiles y números de teléfono. También tiene folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas de la tercera edad puede ayudarlo a visitar este sitio en línea 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 en línea, la imprimirán y se la enviarán.

I. 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.

LLAME AL	1-800-252-8263 or 211
TTY	1-800-735-2989 o 711
ESCRIBA	Texas Health and Human Services Commission P.O. Box 149024 Austin, Texas 78714-9024
SITIO EN LÍNEA	YourTexasBenefits.com/Learn/Home

J. CÓMO COMUNICARSE CON LA OFICINA DEL OMBUDSMAN DE LA HHSC

La Oficina del Ombudsman de la HHSC trabaja como defensora en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a comprender qué hacer. La Oficina del Ombudsman 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 Ombudsman de la HHSC es un programa independiente y sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-866-566-8989
TTY	1-800-735-2989 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 Commission Office of the Ombudsman, MC H-700 P O Box 13247 Austin, TX 787-1-1-3247
SITIO EN LÍNEA	HHS.Texas.gov/About-HHS/Your-Rights/Office-Ombudsman/HHS-Ombudsman-Managed-Care-Help

K. CÓMO COMUNICARSE CON EL OMBUDSMAN DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO DE TEXAS

El Ombudsman de cuidados a largo plazo de Texas es un programa de ombudsman 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.

LLAME AL	1-800-252-2412 Lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
TTY	711 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: Office of the Long-Term Care Ombudsman c/o Area Agency on Aging of Alamo 8700 Tesoro Drive, Suite 160 San Antonio, TX 78217 Para el condado de Bexar: Office of the Long-Term Care Ombudsman c/o Area Agency on Aging of Bexar County 8700 Tesoro Drive, Suite 160 San Antonio, TX 78217
CORREO ELECTRÓNICO	lrc.ombudsman@hhsc.state.tx.us
SITIO EN LÍNEA	APPS.HHS.Texas.gov/News_Info/Ombudsman/

L. OTROS RECURSOS

Se alienta a los miembros de Community First Medicare Advantage D-SNP a que se comuniquen con Departamento de servicios para miembros cuando necesiten ayuda para encontrar recursos adicionales disponibles para usted.

A continuación, también encontrará una lista de proveedores de Planes y recursos comunitarios que pueden beneficiarle.

L1. Proveedores de planes

Los miembros de Community First Medicare Advantage D-SNP deben comunicarse con Departamento de servicios para miembros para obtener información sobre sus beneficios de la vista, de farmacia y de medicamentos de venta libre. También puede utilizar la siguiente información de contacto para obtener ayuda.

Servicios de la vista

Envolve Benefit Options es el proveedor de servicios oftalmológicos de Community First Medicare Advantage D-SNP.

LLAME AL	1-800-334-3937
SITIO EN LÍNEA	VisionBenefits.EnvolveHealth.com

Farmacia

Navitus Health Solutions es el proveedor de farmacia del Plan Community First Medicare Advantage D-SNP.

LLAME AL	1-844-268-9789
SITIO EN LÍNEA	Navitus.com/

Productos de salud y bienestar de venta libre sin recta

NationsBenefit es el proveedor de productos de salud y bienestar de venta libre para el Plan Community First Medicare Advantage Alamo.

Como Miembro de nuestro plan, recibirá una Tarjeta Prepaga Mastercard® de Beneficios para comprar varios productos elegibles.

Para activar su tarjeta:

- Visite CommunityFirst.NationsBenefits.com/Activate o
- Llame al 877-205-8005

Para utilizar su tarjeta:

- Visite un minorista participante, o
- Descargue la aplicación Benefits Pro, o
- Compre en línea a través de NationsBenefit en CommunityFirst.NationsBenefits.com y obtenga entrega a domicilio gratuita.

LLAME AL	877-205-8005 Weekdays, 8 a.m. to 8 p.m.
TTY	711
SITIO EN LÍNEA	CommunityFirst.NationsBenefits.com

L2. Recursos comunitarios para asistencia

Los recursos adicionales de referencia y asistencia incluyen los siguientes:

Seguro 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 comuniquen con el Seguro Social para informarles.

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

Programa de ayuda adicional de Medicare

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 ver 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 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	1-855-469-8979
ESCRIBA	TexasDrugCard.com/Contact
SITIO EN LÍNEA	TexasDrugCard.com

Programa de asistencia con medicamentos para el SIDA (ADAP)

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 estatus 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 Lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.
CORREO ELECTRÓNICO	hivstd@dshs.texas.gov
SITIO EN LÍNEA	ADAP.Directory/Texas

Junta de jubilación ferroviaria

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

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

LLAME AL	1-877-772-5772 Esta llamada es gratis Si presiona "0", puede hablar con un representante de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m., los miércoles. 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 feriados.
TTY	1-312-751-4701 Esta llamada no es gratis. Este número es para personas que tienen problemas de audición o habla. Debe tener equipo telefónico especial para llamar.
SITIO EN LÍNEA	RRB.gov

CAPÍTULO 2

211 Texas

211 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	211 o 1-877-541-7905, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
SITIO EN LÍNEA	211Texas.org

Bexar County Health Collaborative

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 seguras.

LLAME AL	210-481-2573
SITIO EN LÍNEA	GrowHealthyTogether.com

Bexar Area Agency on Aging

Bexar Area Agency on Aging, que sirve a la ciudad de San Antonio y el condado de Bexar, 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	1-866-231-4922
SITIO EN LÍNEA	AACOG.com/65/Alamo-Area-Agency-On-Aging

Alamo Area Agency on Aging

Alamo Area Agency on Aging, que sirve 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	1-866-231-4922
SITIO EN LÍNEA	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 EN LÍNEA	SanAntonio.gov/HumanServices/SeniorServices

San Antonio Food Bank

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.

LLAME AL	210-337-3663
SITIO EN LÍNEA	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 EN LÍNEA	AGIF-NVOP.org

Meals on Wheels San Antonio

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

LLAME AL	210-735-5115
SITIO EN LÍNEA	MoWSATX.org

Asociación de Alzheimer de San Antonio y el sur de Texas

Grupos de apoyo de Alzheimer y otra información.

LLAME AL	24/7 Helpline 800-272-3900
SITIO EN LÍNEA	ALZ.org/SanAntonio

CAPÍTULO 2

American Lung Association

Asistencia para dejar de fumar.

LLAME AL	1-800-586-4872
SITIO EN LÍNEA	Lung.org

American Cancer Society

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

LLAME AL	1-800-227-2345
SITIO EN LÍNEA	Cancer.org

Asistencia para personas mayores del noreste (NESA)

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

LLAME AL	210-967-6372
SITIO EN LÍNEA	NESeniorAssistance.org

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 Plan Community First Medicare Advantage D-SNP. 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.

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 la Tabla 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 a domicilio, 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, Community First Medicare Advantage D-SNP cubre todos los servicios cubiertos por Original Medicare y Texas Medicaid y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare y Texas Medicaid. Esto incluye salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés)

El Plan Community First Medicare Advantage D-SNP puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare.

El Plan Community First Medicare Advantage D-SNP generalmente pagará 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. (Las tablas se encuentran en el Capítulo 4, Secciones D y E 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 ayuda a evitar 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.
- Debe tener un **proveedor de atención primaria (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. Si no selecciona un PCP, se seleccionará uno para usted.
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe otorgarle aprobación antes de que usted pueda consultar a alguien que no sea su PCP o utilizar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama **autorización previa**. Si usted no obtiene autorización previa, es posible que Community First Medicare Advantage D-SNP no cubra los servicios.
 - Una **remisión** es una orden escrita de su proveedor de atención primaria (PCP) para consultar a un especialista para un servicio médico específico. No necesita una remisión 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 usted para ayudarle a encontrar proveedores en nuestra red. 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 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 SERVICIOS

A los Miembros de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP se les asigna un coordinador de servicios al inscribirse.

C1. Qué es un coordinador de servicios

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 servicios

Puede comunicarse con su coordinador de servicios llamando a Community First Medicare Advantage D-SNP al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). (TTY 711).

C3. Cómo puede cambiar de coordinador de servicios

Puede comunicarse con su coordinador de servicios llamando a Plan Community First Medicare Advantage D-SNP al 1-833-434-2347.

C4. Qué puede hacer un coordinador de servicios por usted

Su coordinador de servicios:

- Evaluará sus necesidades de atención médica mediante la evaluación de riesgos de 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 (ICT).
- 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 atención primaria**

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

¿Qué es un PCP?

Un proveedor de atención primaria 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
- 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 Plan Community First Medicare Advantage D-SNP, selecciona un PCP del Directorio de proveedores.

Para obtener una copia del Directorio de proveedores D-SNP de Plan Community First Medicare Advantage más reciente, o para obtener ayuda para seleccionar un PCP, llame a Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347. La llamada es gratis. También puede visitar [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red.

Si no selecciona un PCP en el momento de la inscripción, Plan Community First Medicare Advantage D-SNP puede 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 abandone la red de nuestro Plan. Podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP si el que tiene ahora deja nuestra red.

Si desea cambiar de PCP, llame a Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347.

Si el PCP acepta pacientes adicionales, el cambio de PCP entrará en vigencia de inmediato. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de Miembro de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP que muestra este cambio.

Servicios que puede obtener 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.
- Atención de urgencia necesaria de proveedores fuera de la red cuando usted no puede comunicarse con los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan o necesita atención inmediata durante el fin de semana).
- 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 Departamento de servicios para miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras está fuera).

- Vacunas contra la gripe y vacunas COVID-19 de un proveedor de la red.
- Servicios de Planificación familiar y atención médica de rutina para la mujer. 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 o Plantillas terapéuticas 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.
- Exámenes de audición y audífonos de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de salud indígenas, puede usar estos proveedores sin una remisión.

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. Estos son algunos 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”) de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP para estar cubiertos. Obtener la autorización previa es responsabilidad de su PCP o proveedor tratante.

Pregúntele a su PCP o comuníquese con Departamento de 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 de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP, excepto para servicios de emergencia, necesarios con urgencia, servicios, 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 [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.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 brindarle 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.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo ha atendido en los últimos tres meses.
 - Si usted actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, usted tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento o las terapias médicamente necesarias que está recibiendo continúen.
 - Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que usted puede tener para cambiar de plan.
 - Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red accesible para usted, debemos contratar un especialista fuera de la red para que le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Una autorización previa debe obtenerse del plan antes de buscar atención. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.
 - Si usted cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior con un proveedor calificado o que su atención no se está administrando adecuadamente, usted tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión. Consulte el capítulo 9, sección E para obtener más información sobre las apelaciones.

Si descubre que uno de sus proveedores dejará nuestro Plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención. Llame a Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). (TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratis.

D4. Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención que cubre Plan Community First Medicare Advantage D-SNP, pero los proveedores de nuestra red no pueden proporcionársela, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener una autorización previa de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 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.

Community First Medicare Advantage D-SNP 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.

Atención que recibe de otros proveedores 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 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 a.m. a 6 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- 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 deben 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 de Community First Medicare Advantage D-SNP. 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 para hablar con alguien si necesita ayuda de inmediato. Si necesita servicios de emergencia conductual, llame al 988.

Si tiene otras preguntas relacionadas con los servicios de salud conductual, llame a Community First Medicare Advantage D-SNP al 1-833-434-2347.

F. CÓMO OBTENER SERVICIOS DE TRANSPORTE MÉDICO QUE NO SEA DE EMERGENCIA (NEMT)**F1. Qué son los servicios NEMT**

Los servicios NEMT brindan transporte a citas de atención médica que no sean de emergencia si no tiene otras opciones de transporte.

- Estos viajes incluyen transporte al médico, dentista, hospital, farmacia y otros lugares donde recibe servicios de Medicaid.
- Estos viajes no incluyen los viajes en ambulancia.

F2. Que servicios están incluidos

Los servicios NEMT incluyen:

- Servicios de transporte a la demanda, es decir, transporte de acera a acera
- Servicios de transporte aéreo comercial.
- Servicios de transporte de respuesta a la demanda, que es transporte de acera a acera: en autobuses, camionetas o sedanes privados, incluidas camionetas accesibles para sillas de ruedas, si es necesario.
- Reembolso de millaje para un participante de transporte individual (ITP, por sus siglas en inglés) a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, un responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Si usted tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir el costo de las comidas asociadas con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. La tarifa diaria por comidas es de \$25 por día, por persona.
- Si usted tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir el costo de alojamiento asociado con un viaje de larga distancia para obtener servicios de atención médica. Los servicios de alojamiento se limitan a la pernoctación y no incluyen ningún servicio utilizado durante su estancia, como llamadas telefónicas, servicio a la habitación o servicio de lavandería.
- Si usted tiene 20 años o menos, es posible que pueda recibir fondos antes de un viaje para cubrir los servicios NEMT autorizados.
- Si usted necesita que un asistente viaje con usted a su cita, los servicios NEMT cubrirán los costos de transporte de su asistente.
- Los menores de 14 años deben ir acompañados por uno de sus padres, un tutor u otro adulto autorizado. Los niños de 15 a 17 años deben estar acompañados por un padre, tutor u otro adulto autorizado o tener el consentimiento de uno de sus padres, un tutor u otro adulto autorizado registrado para viajar solos. No se requiere el consentimiento de los padres si el servicio de atención médica es de naturaleza confidencial.

F3. Cómo programar los servicios NEMT

Community First Health Plans trabaja con SafeRide para brindar servicios NEMT a los miembros de Community First Medicare Advantage D-SNP. Usted debe solicitar los servicios NEMT lo antes posible y al menos 48 horas antes de necesitar el servicio NEMT. En determinadas circunstancias, usted podrá solicitar el servicio NEMT con menos antelación. Estas circunstancias incluyen:

- Ser recogido después de haber sido dado de alta de un hospital;
- Viajes a la farmacia para recoger medicamentos o suministros médicos aprobados; y
- Viajes por condiciones urgentes. (Una afección urgente es una afección de salud que no es una emergencia pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento dentro de las 24 horas).

Usted debe notificar a SafeRide antes del viaje aprobado y programado si se cancela su cita médica.

Para programar un viaje, llame a:

Línea de reservas para miembros de SafeRide: 1-855-932-2335 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 6 de la tarde. Información disponible tanto en inglés como en español. Servicios de intérprete disponibles.

Cuando usted llame, esté preparado para proporcionar:

- Número de identificación de Medicare en su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare.
- El nombre, dirección y número de teléfono del lugar al que se dirige.
- El motivo médico de su visita.

Su conductor lo llamará, le informará la hora de recogida y le proporcionará su número de teléfono directo. Mantenga este número con usted. Si necesita ayuda fuera del horario de atención o no puede comunicarse con su conductor, llame a:

¿Dónde está mi transporte?: 1-855-932-2335 (TTY 711), de lunes a sábado, 4 de la mañana a 8 de la noche. Información disponible tanto en inglés como en español. Servicios de intérprete disponibles.

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; 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:
 - 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 u 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 a Community First Medicare Advantage D-SNP 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 Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo);

de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). (TTY 711, 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 D-SNP cubre la atención de emergencia **en cualquier lugar de los Estados Unidos y sus territorios.**

La atención de emergencia cubierta incluye:

- Servicios de ambulancia para llegar a urgencias y servicios médicos durante la emergencia.
- 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 usted tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia. Esos médicos nos informarán cuando termine su emergencia médica. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en el capítulo 4.

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 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 911.

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.

Para obtener información sobre cómo acceder a los centros de atención de urgencia, llame a Community First Medicare Advantage D-SNP al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). (TTY 711, 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 [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.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 D-SNP 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, aún tiene derecho a recibir atención de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP.

Visite nuestro sitio en línea para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre declarado: [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.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.

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 saber qué hacer.

H1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Community First Medicare Advantage D-SNP cubre todos los servicios:

- Que son médicamente necesarios, y
- Que se enumeran en las Tablas de beneficios del plan (consulte el Capítulo 4, Secciones D y E), 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 Departamento de 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 Departamento de servicios para miembros para averiguar cuáles son los límites y qué tan cerca está de alcanzarlos.

I. COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD CUANDO USTED 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.

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 Departamento de servicios para miembros 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. Esto 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**, tendrá que pagar cualquier costo por participar en el estudio.

I3. Más información sobre los 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 en línea de Medicare ([Medicare.gov](https://www.medicare.gov)). 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

J. CÓMO SE CUBREN SUS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA CUANDO RECIBE ATENCIÓN EN UNA INSTITUCIÓN RELIGIOSA NO MÉDICA PARA EL CUIDADO 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).

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.
 - 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.

K. EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS (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 de plan Community First Medicare Advantage D-SNP, por lo general no poseerá DME, sin importar cuánto tiempo lo alquile. En ciertas situaciones, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a Departamento de 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. Community First Medicare Advantage D-SNP 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 Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME lo poseen después de 13 meses.

NOTA: Usted puede encontrar definiciones de Medicare Original en el capítulo 12. Usted también puede encontrar más información sobre Medicare Original en el Manual Medicare y Usted. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio de Internet de Medicare ([Medicare.gov](https://www.medicare.gov)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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 Medicare Original antes de unirse a nuestro Plan, **esos pagos del Plan Medicare Original no cuentan para los pagos que debe realizar después de dejar nuestro Plan.**

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

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 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.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro Plan y se cambia a un Plan Medicare Advantage D-SNP**, el Plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Puede preguntarle a su Plan Medicare Advantage D-SNP qué equipo y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

CAPÍTULO 4: CUADRO DE BENEFICIOS

INTRODUCCIÓN

Este capítulo le informa sobre los servicios que cubre el Community First Medicare Advantage D-SNP, 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.

A. SUS SERVICIOS CUBIERTOS Y SUS COSTOS DE BOLSILLO

Este capítulo le informa qué servicios paga Community First Medicare Advantage D-SNP. También le indica cuánto paga por cada servicio. También puede obtener información sobre los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en el Capítulo 5. Este capítulo también explica los límites de algunos servicios.

- Para algunos servicios, se le cobrará un costo de bolsillo llamado copago. Esta es una cantidad fija (por ejemplo, \$5) que paga cada vez que recibe ese servicio. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico.
- Para algunos servicios, se le cobrará un monto de bolsillo llamado coseguro. Este es un porcentaje del costo del servicio que deberá pagar al momento de recibir el servicio.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su Coordinador de servicios y / o Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347.

A1. Durante emergencias de salud pública

NOTA: Community First 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 2025. Los afiliados que tengan preguntas relacionadas con el alcance de las coberturas y las flexibilidades requeridas por COVID-19 pueden comunicarse con Departamento de 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.

B. REGLAS CONTRA LOS PROVEEDORES QUE LE COBRAN POR LOS SERVICIOS

No permitimos que los proveedores de Community First Medicare Advantage D-SNP le facturen los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y le 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. CUADROS DE BENEFICIOS DE NUESTRO PLAN

El Cuadro de beneficios de la Sección D le indica qué servicios paga Community First Medicare Advantage D-SNP.

La tabla enumera las categorías de servicios en orden alfabético y explica 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 ayuda a evitar 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 de la red 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 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 remisión y explica cuándo no necesita una remisión.
- 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 de Plan Community First Medicare Advantage 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.

D. CUADRO DE BENEFICIOS DE PLAN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE D-SNP

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN		LO QUE USTED DEBE PAGAR
	Detección de aneurisma de aorta abdominal 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.	Copago de \$0
	Prueba de detección y asesoría sobre el mal uso del alcohol 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. 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	Copago de \$0
	*Servicios de ambulancia 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. 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. 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.	20% de coseguro por ambulancia terrestre o aérea (unidireccional) Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
 Visita anual de bienestar 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. 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”.	Copago de \$0
 Medición de la masa ósea 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. 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.	Copago de \$0
 Examen de detección del cáncer de mama (mamografías) El Plan pagará los siguientes servicios: • 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
*Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) El Plan pagará los servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los Miembros deben cumplir con ciertas condiciones con una orden médica. El Plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de \$0 Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN		LO QUE USTED DEBE PAGAR
	Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (corazón) (terapia para enfermedad cardíaca) 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: • Discutir el uso de aspirina, • Controlar su presión arterial, o • Darle consejos para asegurarse de que está comiendo bien.	Copago de \$0
	Pruebas de enfermedades cardiovasculares (corazón) 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.	Copago de \$0
	Detección de cáncer cervical y vaginal El Plan pagará los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para mujeres con alto riesgo de cáncer de cuello uterino o 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	Copago de \$0
	Servicios de quiropráctica El Plan pagará los siguientes servicios: • Ajustes de la columna para corregir la alineación	Copago de \$0

	SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
	Detección del cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, el Plan pagará los siguientes servicios: • 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 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. 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).	Copago de \$0
	Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco Si consume tabaco pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: • 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. If you use tobacco and have been diagnosed with a tobacco-related disease or are taking medicine that may be affected by tobacco: Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: • 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. El Plan también ofrece asesoramiento para dejar de fumar para mujeres embarazadas.	Copago de \$0

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
Servicios dentales El Plan pagará los siguientes servicios: Servicios dentales preventivos: • Exámenes bucales, limpieza, tratamientos con flúor, radiografías dentales Servicios dentales integrales: • Servicios no rutinarios, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales / maxilofaciales, otros servicios	Copago de \$0 El Plan tiene un límite de cobertura anual de \$ 3,500
 Prueba de diagnóstico de depresión 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.	Copago de \$0
 Prueba de detección de diabetes El Plan pagará por este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión) • Historia de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historia de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa) Las pruebas pueden estar cubiertas en algunos otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de la prueba, puede calificar para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	Copago de \$0

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
 Capacitación, servicios y suministros para el autocontrol de la diabetes El Plan pagará los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para controlar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ◦ 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: ◦ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las Plantillas) y dos pares adicionales de Plantillas cada año calendario, O ◦ Un par de zapatos de profundidad y tres pares de inserciones cada año (provistos con dichos zapatos) El Plan también pagará el ajuste de los zapatos terapéuticos moldeados a medida o los zapatos profundos. • El Plan pagará la capacitación para ayudarle a controlar su diabetes, en algunos casos.	Copago de Copago de \$0

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
*Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de “equipo médico duradero (DME)”, consulte el Capítulo 12 de este manual). Se cubren los siguientes elementos: • 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 Otros elementos pueden estar cubiertos. 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 en línea MedicareAlamo.com. 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. 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. Este beneficio continúa en la página siguiente	Copago de \$0 Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) 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). 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.)	Copago de \$0
Atención de emergencia Atención de emergencia significa servicios que son: • brindado por un proveedor capacitado para brindar servicios de emergencia, y • necesarios para tratar una 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; 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: ◦ 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. Esta cobertura solo está aplica dentro de los EE. UU. Según sea necesario.	20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicaid 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.
 Programas de educación sobre salud y bienestar Membresía gratis de YMCA	Copago de \$0

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
Servicios auditivos El Plan paga las pruebas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. El Plan también pagará por: • exámenes de audición de rutina • ajuste / evaluación de un audífono • prótesis auditivas	Copago de \$0 (1 por año) Copago de \$0 (1 por año) Copago de \$0 (límite de beneficio de \$4,000 cada año)
 Prueba de detección de VIH El Plan paga un examen de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: • pidan una prueba de detección del VIH, o • tengan un mayor riesgo de infección por VIH. Para las mujeres embarazadas, el Plan paga hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.	Copago de \$0
*Agencias de Salud Domiciliaria 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. El Plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • 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	Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
Cuidados para enfermos terminales 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. El Plan pagará lo siguiente mientras recibe los servicios de hospicio: • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria Los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare se facturan a Medicare. • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. Para los servicios cubiertos por el Plan pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: • 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. Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare del Plan: • Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro Plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección F. 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.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y su Parte A y los servicios de la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no Plan Community First Medicare Advantage D-SNP.

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
 Inmunizaciones El Plan pagará los siguientes servicios: • 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 • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare 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.	Copago de \$0 por las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y COVID-19.

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
*Hospitalización para Pacientes Internos • 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 • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración ○ 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. Este beneficio continúa en la página siguiente	Autorización previa requerida Para admisiones cubiertas por Medicare, por período de beneficios: usted paga un copago de \$0. Un período de por los días 1-90 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. 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. 20% de coseguro por las primeras tres pintas de sangre.

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • 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. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. 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. 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. NOTA: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado 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. 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 Medicare.gov/Publications/11435-S-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 gratis, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.	Si obtiene atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
*Atención psiquiátrica para pacientes internados 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. 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.	Autorización previa requerida Para admisiones cubiertas por Medicare, por período de beneficios: usted paga un copago de \$0. 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. 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. Comuníquese con Departamento de servicios para miembros para obtener más información.

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
Hospitalización: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta Si su estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, el Plan no la pagará. 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: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios para 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: • reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o • reemplazan toda 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	Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones: Copago de \$0 por los días 1 a 100 Se requiere autorización previa. 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 Consulte a continuación los <i>Servicios del médico / practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico.</i> Consulte a continuación las <i>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y los Servicios y suministros terapéuticos.</i> Consulte más abajo <i>Dispositivos protésicos y suministros relacionados.</i> Consulte a continuación los <i>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.</i>
*Beneficio de alimentos Hasta 60 comidas entregadas a domicilio después de la admisión de un paciente hospitalizado.	Copago de \$0 Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
Servicios y suministros para enfermedades renales El Plan pagará los siguientes servicios: • 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 internados 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. 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.	Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
 Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) El Plan pagará las pruebas de detección del cáncer de pulmón cada 12 meses si: • 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. Después de la primera evaluación, el Plan pagará otra evaluación cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado. 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.	Copago de \$0 Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.
 Terapia Nutricional Médica 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. 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 su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, 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.	Copago de \$0

	SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
	Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) El Plan pagará los servicios de MDPP. MDPP está diseñado para ayudarlo a mejorar el comportamiento saludable. Proporciona formación práctica en: • cambio dietético a largo plazo, y • aumento de actividad física, y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	Copago de \$0
	*Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro Plan pagará los siguientes medicamentos: • 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 por 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 médicamente necesario) anestésicos típicos 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. 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. Este beneficio continúa en la página siguiente	20% de coseguro Se requiere autorización para medicamentos con cargos facturados superiores a \$500 por dosis. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de \$35 para el suministro de insulina de un mes, y no se aplican deducibles por categoría de servicio o nivel de plan específico.

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
*Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D de Medicare. 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. El Capítulo 6, Sección C, explica lo que paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través de nuestro Plan.	
 Examen de detección de obesidad y terapia para mantener el peso bajo 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.	Copago de \$0
 Servicios de tratamiento con opioides El Plan pagará los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, administrar y administrar estos medicamentos • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de drogas o sustancias químicas en su cuerpo (pruebas de toxicología)	Copago de \$0

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
*Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. El Plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • 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 ◦ 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	Copago de \$0 Autorización requerida para: • ciertas exploraciones por PET; • procedimientos de medicina y cardiología nucleares; • MRI / MRA (si no lo solicita un neurocirujano o un MDP ortopédico SPECT); • Imágenes tridimensionales (3D) / CTA (si no las ordenó un cardiólogo o un especialista cardiorrácico); • estudios del sueño; y monitoreo de video EEG. Autorización requerida para: • Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT) • Radiocirugía estereostática (SRS); y • Radioterapia corporal estereostática (SBRT).

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
*Servicios hospitalarios ambulatorios 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. El Plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios ◦ 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: 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 sería necesario un 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	Copago de \$0
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios El Plan pagará los servicios de salud mental proporcionados por: • 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

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN		LO QUE USTED DEBE PAGAR
	Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios El Plan pagará la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla. 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.	Copago de \$0
	Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Tratamiento y asesoramiento ambulatorios por abuso de sustancias.	Copago de \$0
	*Cirugía ambulatoria El Plan pagará la cirugía y los servicios para pacientes ambulatorios en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. NOTA: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. 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".	Copago de \$0
	Productos de venta libre - Los miembros recibirán una tarjeta de pago de beneficios de venta libre precargada por un monto de \$475 para gastar en artículos de salud y bienestar de venta libre. - El saldo de su tarjeta se recargará cuatro veces al año y el beneficio se renovará.	Copago de \$0
	*Servicios de hospitalización parcial La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio ambulatorio hospitalario 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 ayudarle a evitar que tenga que permanecer en el hospital.	Copago de \$0

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
Servicios de podiatría El Plan pagará los siguientes servicios: • 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	Copago de \$0
 Detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, el Plan pagará los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Examen de APE (antígeno prostático específico)	Copago de \$0
*Dispositivos protésicos y suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan todo o parte de una parte o función del cuerpo. El Plan pagará los siguientes dispositivos protésicos y quizás otros dispositivos que no se enumeran aquí: • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • Marcapasos • Frenos • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) El Plan también pagará algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos. También pagarán para reparar o reemplazar dispositivos protésicos. 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 detalles.	20 % de coseguro Se requiere autorización para prótesis con una compra minorista o un costo de alquiler acumulado de más de \$1,000.

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN		LO QUE USTED DEBE PAGAR
	*Servicios de rehabilitación pulmonar El Plan pagará los programas de rehabilitación pulmonar para los 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. • Servicio de rehabilitación cardíaca • Servicio de rehabilitación cardíaca intensiva • Servicio de rehabilitación pulmonar	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0
	Asesoramiento y detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) 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. 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 un 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.	Copago de \$0

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
*Centro de atención de enfermería especializada (SNF) 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) • 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 ◦ 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 proporcionados por centros de enfermería. • Electrodomésticos, como sillas de ruedas, generalmente proporcionados por centros de enfermería. • Servicios de médico / proveedor 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: • 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	Se requiere una estadía mínima de 3 días como paciente internado en un centro médico antes de la admisión a un SNF. Nuestro Plan cubre hasta 100 días en un SNF Copago de \$ 0 por día para los días 1 a 100 Más allá del día 100: usted es responsable de todos los costos. Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa. 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. 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.

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
*Terapia de ejercicio supervisada (SET) El Plan pagará SET para Miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (EAP). El Plan también pagará por: • 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 El programa SET debe ser: • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en Miembros con calambres en las piernas debido a un flujo sanguíneo deficiente (claudicación) • En un entorno hospitalario 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 EAP • 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.	Copago de \$0 Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.
*Servicios de Transporte Tiene cobertura para 75 viajes de ida a citas de atención médica cada año calendario. Es posible que se apliquen límites de kilometraje. Usted debe: • Utilice el proveedor de transporte contratado por el Plan. • Ir hacia y desde los proveedores y centros de la red de este Plan dentro del área de servicio.	Autorización previa requerida Usted paga un copago de \$0 por cada viaje de ida a lugares aprobados por el Plan.
Atención de urgencia La atención de urgencia es la atención que se brinda para tratar: • una no emergencia, o • una enfermedad médica repentina, o • una herida, o • una condición que necesita atención inmediata. 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 comunicarse con un proveedor de la red. Esta cobertura es dentro de los Estados Unidos.	Copago de \$0

SERVICIOS QUE PAGA NUESTRO PLAN	LO QUE USTED DEBE PAGAR
 Cuidado de la Visión El Plan pagará los servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluidos • retinopatía diabética para personas con diabetes • tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad 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: • las personas con antecedentes familiares de glaucoma • personas con diabetes • Afroamericanos que tienen 50 años o más, e • Hispanoamericanos de 65 años o más. Además de los beneficios médicos de la vista, el Plan cubre: • Un examen de la vista de rutina por año • Anteojos, 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	Copago de \$0 para exámenes de la vista para tratar afecciones oculares Copago de \$0 Copago de \$0 (límite de beneficio de \$375 cada año) para anteojos 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.
 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” El Plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. La visita incluye: • 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. 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”.	Copago de \$0

E. BENEFICIOS CUBIERTOS FUERA DE PLAN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE D-SNP

Los siguientes servicios no están cubiertos por Plan Community First Medicare Advantage D-SNP, pero están disponibles a través de Texas 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. 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. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID DE TEXAS
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
Equipos médicos duraderos (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 / 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
Atención médica en casa	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
Hospital de cuidados paliativos	Medicaid paga este servicio para ciertos Miembros de la exención si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid 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.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID DE TEXAS
Inmunizaciones	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
Hospitalización para Pacientes Internos	Las estadias 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. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención psiquiátrica para pacientes internados	Las estadias en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados son un beneficio cubierto para Miembros menores de 21 años y Miembros de 65 años o más. Las estadias en el hospital de cuidados agudos para pacientes hospitalizados para tratamiento psiquiátrico son un beneficio cubierto para 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 estancias en centros psiquiátricos en lugar de hospitales de cuidados agudos. 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. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Mamografías (detección anual)	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
Prima mensual	La asistencia de Medicaid con el pago de la prima puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID DE TEXAS
Dispositivos ortopédicos y protésicos (aparatos ortopédicos, Miembros artificiales, etc.)	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. 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. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	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 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
Servicios / Cirugía para pacientes ambulatorios	Para los Miembros desde el nacimiento hasta los 20 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
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) (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)	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

CATEGORÍA DE BENEFICIO	MEDICAID DE TEXAS
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 vista	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.

F. BENEFICIOS NO CUBIERTOS POR PLAN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE D-SNP, MEDICARE O TEXAS MEDICAID

Esta sección le informa qué tipos de beneficios están excluidos por Plan Community First Medicare Advantage D-SNP. Excluido significa que su Plan no paga 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.

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 la Tabla de beneficios, **los siguientes artículos y servicios NO están cubiertos por Plan Community First Medicare Advantage D-SNP.**

- Servicios considerados no “razonables y necesarios”, de acuerdo con las normas de Medicare y Medicaid de Texas, 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.
- 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 incluyen en el costo del aparato ortopédico o los zapatos sean 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 (el uso de 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 los montos de costos compartidos.

G. BENEFICIOS ADICIONALES CUBIERTOS POR PLAN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE D-SNP

Community First ofrece los servicios de beneficios adicionales a nuestros Miembros. Para saber cómo puede recibir estos beneficios como Miembro del Plan Community First Medicare Advantage D-SNP, llame al 210-358-6060.

Los Miembros reciben los siguientes beneficios adicionales sin costo alguno:

- Línea de consejos de enfermeras las 24 horas
- Sistema de alerta médica personal con servicios de respuesta de emergencia durante todo el día
- Membresía gratis de YMCA, incluidas consultas de bienestar; ejercicios grupales gratuitos como zumba, yoga y pilates; cuidado de niños mientras hace ejercicio; y eventos familiares
- Tarjeta de pago precargada para comprar productos de salud y bienestar de venta libre
- Programa de entrega de comidas a domicilio después del alta hospitalaria
- Transporte que no es de emergencia a citas médicas
- Incentivos de tarjetas de regalo, obsequios y más por participar en nuestros programas de salud y bienestar

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 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.

Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 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 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 un clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4.

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. Usted debe pedirle a un médico u otro proveedor que le escriba su receta, que debe ser válida según la ley estatal aplicable. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de atención primaria lo ha derivado para recibir atención.
2. Su médico no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
3. Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta.
4. Su medicamento recetado debe estar en la lista de medicamentos cubiertos del Plan. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.
 - 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.
5. Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas.

Consulte los capítulos 5 y 6 para obtener más información sobre los beneficios y costos de la cobertura de medicamentos recetados.

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 farmacias, visitar nuestro sitio en línea [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) o comunicarse con Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratis.

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 Departamento de 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 Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347.

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 Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711). La llamada es gratis.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa 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 farmacias, visitar nuestro sitio en línea o comunicarse con Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711). La llamada es gratis.

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 Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711). La llamada es gratis.
- 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 farmacias, visitar nuestro sitio en línea o comunicarse con Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711). La llamada es gratis.

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 del plan requiere que solicite **suministro del medicamento para al menos 30 días y no más de 90 días.**

El servicio de pedido por correo del plan permite que solicite **suministro del medicamento para hasta 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, y para saber cómo empezar, llame a Birdi al 1-855-247-3479 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm EST y los sábados de 9:00 am a 5:00 pm EST. También puede visitar BirdiRx.com/Mail-Order/How-It-Works.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Si se retrasa un pedido por correo:

Si su receta está archivada en su farmacia local, vaya a su farmacia para surtir la receta. 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 1-866-333-2757, 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.

1. Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

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 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 comuniquen con usted, para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Resurtidos de recetas de pedidos 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 ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Puede hacerlo comunicándose con la farmacia de pedidos por correo al (877) 668-4987, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm EST y sábados de 9:00 am a 5:00 pm EST y configurando 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 farmacias le indica qué farmacias pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Departamento de 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 más información sobre los servicios de pedidos por correo.

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

Generalmente, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solo cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarle, 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.
 - 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 viaje 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 con usted 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 u otro entorno ambulatorios.
- 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 Departamento de servicios para miembros para ver si hay una farmacia de la red cercana. Llame al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711). La llamada es gratis.

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.

B. LA LISTA DE MEDICAMENTOS DEL PLAN

El Plan tiene una Lista de medicamentos cubiertos. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar.

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 indica 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, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico como vacunas o insulina.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, cuentan con alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los productos genéricos o biológicos funcionan tan bien como los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

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. Llame a Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347, al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711). La llamada es gratis.

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.
- Visite el sitio en línea del Plan en CommunityFirstMedicare.com. La Lista de medicamentos del sitio en línea es siempre la más actualizada.
- Llame a Departamento de servicios para miembros para averiguar si un medicamento está en la Lista de medicamentos del Plan o para solicitar una copia de la lista.

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.

Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 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 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 afección. Su médico puede recetarle un determinado medicamento 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 utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- 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 informa 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 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 de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección funcionarán para usted, 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 de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP antes de surtir su receta. Si no obtiene la aprobación, es posible que el Plan no cubra el medicamento.

Usted puede obtener un suministro de 72 horas de un medicamento cubierto por Medicaid de Texas si se trata de una emergencia.

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 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 Departamento de servicios para miembros o visite nuestro sitio en línea en [CommunityFirstMedicare.com](https://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. Es posible que un medicamento sea 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:
 - 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. Debe 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 varias renovaciones 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 varias renovaciones 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 solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a Departamento de servicios para miembros.

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 Departamento de 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.

O

- 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, puede ayudarlo a solicitar una.

- Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, llame a servicios para miembros al 1-833-434-2347, los 7 días de la semana, de 8 de la mañana a 8 de la noche, (del 1 de octubre al 31 de marzo), de lunes a viernes de 8 de la mañana a 8 de la tarde, (del 1 de abril - 30 de septiembre), servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. (TTY 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana). La llamada es gratuita.

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

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento de la Parte D de Medicare para el próximo año. Luego, usted 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 Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347.

E. CAMBIOS EN LA COBERTURA DE SUS MEDICAMENTOS

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero Plan Community First Medicare Advantage D-SNP puede 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 de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 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, **o**
- Nos enteramos de que un medicamento no es seguro, **o**
- 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 de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP en línea en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) o
- Llamar a Departamento de servicios para miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al 1-833-434-2347, al 1-833-434-2347.

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 ahora. 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.

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, **o**
 - 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 o
- 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 otra persona que le recete. Ellos pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar o
- 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.

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 su Directorio de 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 Departamento de 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 recetador 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 que recibamos 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 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
- 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 Departamento de 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

Plan Community First Medicare Advantage D-SNP tiene 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 médicamente 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 de ciertos médicos.**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubriremos para usted

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.

CAPÍTULO 6: LO QUE PAGA POR SUS MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

INTRODUCCIÓN

Este capítulo le indica lo que usted paga por sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos” queremos decir:

- Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid de Texas, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

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 ayudarle 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 tiene este inserto, llame a Departamento de servicios para miembros y solicite la “Cláusula adicional de 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
 - 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 Departamento de servicios para miembros al 1-833-434-2347, al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711). La llamada es gratis.
 - También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio en línea en CommunityFirstMedicare.com. La [Lista de medicamentos](#) del sitio en línea 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 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 farmacias tiene una lista de farmacias de la red. Puede leer más sobre las farmacias de la red en el Capítulo 5.
 - Cuando usted utiliza la “herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (consulte el capítulo 5, sección B2), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que se muestra en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. Usted puede llamar a servicios para miembros para obtener más información.

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**. Esta 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. El EOB tiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos en el 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 recibió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas que pagan 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.
- **Información sobre los precios** Este es el precio total del medicamento y el cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando estén disponibles, aparecerán en el resumen debajo de sus medicamentos actuales. Puede hablar con su médico para obtener más información.

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.

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 Departamento de servicios para miembros para obtener información sobre cómo recibir un reembolso.

A continuación, se indican algunas ocasiones en las que debe proporcionarnos 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 contra 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, Plan Community First Medicare Advantage D-SNP paga la mayoría de los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. Consulte las EOB que le enviamos.

Cuando reciba una EOB 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 Departamento de servicios para miembros. Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. ETAPAS DE PAGO DE MEDICAMENTOS PARA MEDICAMENTOS DE LA PARTE D DE MEDICARE

Hay tres etapas de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare bajo el Plan Community First Medicare Advantage D-SNP. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surte o reabastece una receta.

ETAPA 1: ANUAL ETAPA DEL DEDUCIBLE	ETAPA 2: INICIAL ETAPA DE COBERTURA	ETAPA 3: COBERTURA CATASTRÓFICA
Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica a usted. Si no recibe “Ayuda adicional”, comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, paga el costo total de sus medicamentos. Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$545 por sus medicamentos (\$545 es el monto de su deducible).	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de dispensación) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Permaneces en esta etapa hasta que tu costos de medicamentos del año hasta la fecha (su total pagos de medicamentos de la Parte D) alcanzan un total de \$2,000. Después de eso, estás cubierto Los medicamentos no le costarán dinero.	Durante esta etapa, el Plan pagará el costo completo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre).

C1. Los niveles de costo compartido del Plan

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 comunes.
- Nivel 2: Medicamentos 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.

C2. 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 para saber cuándo lo haremos.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5 de este manual y el Directorio de Farmacias del Plan.

C3. 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 farmacias. Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el Directorio de farmacias del Plan.

C4. Lo que paga

Puede pagar un copago cuando surte una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, pagará el precio más bajo.

Usted puede comunicarse con servicios para miembros para averiguar cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

D. ETAPA 1: ETAPA DEL DEDUCIBLE ANUAL

La etapa del deducible anual es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos.

NOTA: La mayoría de los miembros de Community First Medicare Advantage D-SNP reciben “ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados. Esto significa que la etapa del deducible no se aplica a la mayoría de los miembros de Community First Medicare Advantage D-SNP. Si usted recibe “ayuda adicional”, esta etapa de pago NO se aplica para usted.

Si usted no recibe “ayuda adicional”, la etapa del deducible anual es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Comienza cuando usted obtiene su primera receta del año. El monto del deducible para Medicare Advantage D-SNP es de \$590.

D1. Sus opciones de farmacia

La cantidad que usted 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 para saber cuándo lo haremos.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el Capítulo 5 de este manual y el directorio de farmacias del plan.

D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo equivale a un suministro de hasta 90 días. Le cuesta lo mismo que un suministro para un mes.

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 farmacias.

D3. Lo que paga

Cuando se encuentre en esta etapa de pago, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos del nivel 1 al nivel 5 hasta alcanzar el monto del deducible del plan, que es de \$590 para el año.

- 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 el monto que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

D4. Fin de la etapa de cobertura del deducible anual

Una vez que usted haya pagado \$590 por sus medicamentos, usted sale de la etapa de deducible anual y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la etapa de cobertura inicial.

E. ETAPA 2: 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 encuentra el medicamento y dónde lo obtiene.

E1. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo equivale a un suministro de hasta 90 días.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo, consulte el capítulo 5, sección A, o el directorio de farmacias. Para obtener información sobre qué farmacias pueden brindarle suministros a largo plazo, consulte el directorio de farmacias del plan.

E2. Lo que paga

Durante la etapa de cobertura inicial, usted pagará un copago o coseguro cada vez que surta un medicamento recetado. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago o coseguro, usted pagará el precio más bajo.

Usted puede comunicarse con servicios para miembros para averiguar cuánto es su copago o coseguro por cualquier medicamento cubierto.

Costo y cobertura de medicamentos de suministro para un mes

Los miembros de Community First Medicare Advantage D-SNP pagarán lo siguiente por un suministro de un mes de un medicamento recetado de la Parte D cubierto durante la etapa de cobertura inicial:

	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. Ver Capítulo 5 para más detalles.
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marcas preferidas)	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de nivel de especialidad)	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro

Costo y cobertura de los medicamentos suministrados a largo plazo

Los miembros de Community First Medicare Advantage D-SNP pagarán lo siguiente por un suministro de un mes de un medicamento recetado de la Parte D cubierto durante el período de cobertura inicial:

	Una farmacia de la red	El servicio de pedido por correo del Plan
	Suministro de hasta 90 días	Un suministro de hasta 90 días.
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	25 % coseguro	25 % coseguro
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	25 % coseguro	25 % coseguro
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marcas preferidas)	25 % coseguro	25 % coseguro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos)	25 % coseguro	25 % coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos de nivel de especialidad)	25 % coseguro	25 % coseguro

E3. Fin del período de cobertura inicial

El período de cobertura Inicial finaliza cuando sus costos totales de bolsillo alcanzan los **\$2,000** dólares.

Sus informes de explicación de beneficios le ayudarán a realizar un seguimiento de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de **\$5,030** dólares. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

F. ETAPA 3: PERÍODO DE COBERTURA CATASTRÓFICA

Cuando alcanza el límite de desembolso directo de **\$2,000** dólares para sus medicamentos recetados, usted comienza período de cobertura catastrófica. Usted permanecerá en el período de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, el plan pagará el costo completo de sus medicamentos durante el resto del año calendario.

G. LOS COSTOS DE LOS MEDICAMENTO SI SU MÉDICO LE RECETA MENOS DE UN MES DE SUMINISTRO

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 usted desee preguntarle a su médico acerca de recetarle un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando usted está probando un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves).
- Si su médico está de acuerdo, usted no tendrá que pagar el suministro mensual completo de ciertos medicamentos.

Cuando usted recibe un suministro de un medicamento para menos de un mes, el monto que pagará se basará en la cantidad de días que reciba de medicamento. Calcularemos el monto que usted paga por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días de medicamento que recibe.

- He aquí 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 la cantidad que usted paga por su medicamento es un poco más de \$0,04 por día. Si usted obtiene un suministro del medicamento para 7 días, 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.
- Usted también puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes completo si esto le ayudará a:
 - Planificar mejor cuándo resurtir sus medicamentos,
 - Coordinar los reabastecimientos con otros medicamentos que toma, y
 - Hacer menos viajes a la farmacia.

H. VACUNAS

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D de Medicare.

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

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.

H1. Lo que necesita saber antes de vacunarse

Le recomendamos que primero nos llame a Departamento de servicios para miembros cuando esté Planeando vacunarse.

- Podemos informarle cómo nuestro Plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.

- Podemos decirle cómo mantener bajos sus costos mediante el uso de 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 Plan Community First Medicare Advantage D-SNP para asegurarse de que usted no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D de Medicare.

H2. Lo que paga por una vacuna de la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué le vacunan).

- Algunas vacunas se consideran beneficios para la salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte las Tablas de beneficios en el Capítulo 4, Sección D.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la lista de medicamentos del plan. Es posible que usted deba pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés), entonces la vacuna no le costará nada.

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 inyección 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.
 - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.
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.
 - En ese caso, usted puede solicitar a nuestro plan que abone la parte del costo que nos corresponde (consulte el capítulo 7 para saber cómo solicitar el pago de la parte del costo que nos corresponde). Nuestro plan pagará el costo de la inyección.
 - 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.
 - Usted pagará un copago o coseguro por la vacuna.
 - Usted pagará el costo de aplicarle la vacuna.
 - Luego usted puede solicitar a nuestro plan que abone la parte del costo que nos corresponde (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 normalmente pagamos. (Si usted recibe “ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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.

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 usted recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos, envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte el capítulo 7, sección B.

- 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.

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 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 Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 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 D-SNP, 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 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 Cuidados.

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 en línea CommunityFirstMedicare.com o puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 y solicite el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos recetado

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.

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.

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*.

A. NUESTRO PLAN DEBE RESPETAR SUS DERECHOS COMO MIEMBRO DEL PLAN

Debemos asegurarnos de que todos los servicios se le brinden de manera culturalmente competente y accesible. Debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que 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 (TTY 711).
 - 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.

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 el Directorio de 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 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 (TTY 711).
 - 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.
 - Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede recibir los servicios en un tiempo razonable, tenemos que pagar el cuidado fuera de la red.
- 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 a tiempo.
 - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de cuidado de salud. Esto incluye el acceso libre sin obstáculos para personas con discapacidades u otras condiciones que limiten la movilidad, de acuerdo con la Ley de estadounidenses con discapacidades.
 - En caso necesario, tener intérpretes durante las citas médicas con sus proveedores y cuando hable de su plan de salud. Los intérpretes son personas que pueden hablar su idioma nativo, ayudar con una discapacidad o ayudarlo a comprender la información.
 - Recibir información que le sea comprensible sobre las reglas de su plan de salud, incluyendo los servicios de cuidado de salud que pueda obtener y cómo obtenerlos.

Para obtener información sobre lo que puede hacer si no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo de tiempo razonable, consulte el Capítulo 9. Para obtener más información sobre qué puede hacer si le negamos cobertura para sus servicios o medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, consulte el Capítulo 9.

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 derechos relacionados con su información y para controlar cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito que le informa sobre estos derechos. El aviso se llama “aviso de prácticas de privacidad”. El aviso también explica cómo protegemos la privacidad de su PHI.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización, lea ni cambie sus expedientes.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le proporcionamos su PHI a nadie que no le brinde atención ni pague por ella. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted o alguien que tenga el poder legal para tomar decisiones por usted puede otorgar un permiso por escrito.

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.

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 D-SNP, 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. 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 el Directorio de farmacias. Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, llame a Servicios al Miembro o vaya a nuestro sitio en línea [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.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
- 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

Nadie puede obligarlo a permanecer en nuestro plan si usted no lo desea. Usted puede dejar el plan en cualquier momento durante el año.

- Usted tiene derecho a recibir la mayor parte de sus servicios de cuidado de salud a través de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage.
- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare de un plan de beneficios de medicamentos de receta o de un plan Medicare Advantage.
- Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage o de medicamentos de receta, consulte el Capítulo 10.

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 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 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

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 TMB.State.TX.Us/Docs/Forms, o
- Llame a la línea directa de quejas al 1-800-201-9353, o
- Imprima una versión .pdf del Formulario de Queja en 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.
- 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 711. (También puede leer o descargar “Derechos y protecciones de Medicare”, que se encuentra en el sitio en línea de Medicare en [Medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://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.
 - 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. Para la mayoría de los Miembros de Plan Community First Medicare Advantage D-SNP, Medicaid pagará la prima de su Parte A y la prima de su Parte B.
 - Para algunos medicamentos cubiertos por el plan, usted tendrá que pagar su parte del costo cuando reciba el medicamento.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos avise de inmediato. Llame a Servicios al Miembro.
 - **Si usted se muda a un lugar fuera de nuestra área de servicio, no podrá continuar en este plan.** Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden acceder a Plan Community First Medicare Advantage (D-SNP). Para obtener información sobre nuestra área de servicio, consulte el Capítulo 1.
 - Podemos ayudarlo a averiguar si se va a mudar fuera de nuestra área de servicio.
 - Tampoco se olvide de avisar a Medicare y Texas Medicaid sobre su nueva dirección. Para conocer los números de teléfono de Medicare y Texas Medicaid, consulte el Capítulo 2.
 - **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 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:
 - 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.

- Usted tiene ciertas responsabilidades al utilizar Servicios de transporte que no sean emergencias médicas (NEMT). Entre ellas se incluyen las siguientes:
 - Facilitar a la persona que organice o verifique su transporte la información que le solicite. (Asimismo, deberá comunicarse con la persona lo antes posible si se produce algún cambio y ya no necesita el Servicio de NEMT).
 - Seguir todas las reglas y normativas que afecten a sus Servicios de NEMT.
 - Ser respetuoso. (No abusar ni acosar verbal, sexual o físicamente a nadie mientras usted solicita o está utilizando los Servicios de NEMT).
 - Devolver los anticipos que no haya utilizado. (Acreditar que acudió a su cita médica antes de recibir futuros anticipos).
 - Guardar bien las fichas y billetes de autobús. (No perderlos. Utilizar las fichas o billetes de autobús únicamente para ir a una cita médica y devolver los que no utilice).
 - Utilizar los Servicios de NEMT solo para ir y volver de sus citas médicas.
 - Llamar inmediatamente a Servicios de NEMT al en caso de pérdida o robo de los billetes.
- Si le parece que le han tratado injustamente o que han discriminado en su contra, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS) de forma gratis al 1-800-368-1019. También puede leer información sobre la Oficina de Derechos Civiles de HHS en Unternet en [HHS.gov/HIPAAFor-Individuals/Spanish](https://www.hhs.gov/HIPAAFor-Individuals/Spanish).

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.

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 tiene un problema con su cuidado, puede llamar a la Oficina del ombudsman de la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC) al 1-866-566-8989 para que lo 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 la HHSC y solicitar orientación mientras se resuelve su problema.

Para ver recursos adicionales para sus inquietudes y las diferentes maneras de contactarlos, consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas de ombudsman.

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 la HHSC

Si usted necesita ayuda, puede llamar a la Oficina del ombudsman de la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC). La Oficina del ombudsman de la HHSC le responderá sus preguntas y le ayudarán a comprender qué hacer para resolver su problema. Para más información sobre los programas de ombudsman, consulte el Capítulo 2.

La Oficina del ombudsman de la HHSC no está conectada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Ellos podrán ayudarle a comprender qué procedimiento seguir. El teléfono de la Oficina del ombudsman de la 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 1-800-252-9240.

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 o 711. La llamada es gratis.
- Visite al sitio en línea de Medicare en [ES.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

Cómo obtener 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:

- Llamar al 1-800-252-8263 o 2-1-1. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989 o 711. La llamada es gratis.
- Visitar el sitio en línea de Texas Medicaid en YourTexasBenefits.com/Learn/Home.

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.

¿SU PROBLEMA O INQUIETUD ESTÁ RELACIONADO CON SUS BENEFICIOS O COBERTURA? (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.)	
Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Vaya a la Sección D, “Decisiones de cobertura y apelaciones.”	No. Mi problema no es sobre beneficios o cobertura. Salte a la Sección J: “Cómo presentar una queja.”

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.

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 para Miembros** al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana (1 de octubre al 31 de marzo); de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (1 de abril - 30 de septiembre). Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos a partir del 1 de abril al 30 de septiembre (TTY 711) La llamada es gratis.

- Puede llamar a la **Oficina del ombudsman de la HHSC** para pedir ayuda gratis. Ellos le proporcionan ayuda a las personas inscritas en Texas Medicaid que tienen problemas de servicios o facturación. El teléfono es 1-866-566-8989.
- Llame al **Programa de asistencia del seguro de salud del estado (SHIP)** para obtener ayuda gratis. El SHIP es una organización independiente. 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 1-800-252-9240.
- 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 para Miembros y pida el formulario “Nombramiento de un representante”.
 - También podrá obtener este formulario entrando en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/CMS1696Spanish.pdf](https://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.
 - 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 la atención médica que usted desea 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 en las páginas.
- **La Sección F**, le ofrece información sobre medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, use esta sección si:
 - 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**, le 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 para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711).

Si necesita otra ayuda o información, por favor llame a la Oficina del ombudsman de la 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.

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 o 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

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: 1-833-434-2347 (TTY 711).
- Puede enviarnos un fax al: 210-358-6408 o 210-358-6409
- Puede escribirnos a:

Community First Health Plans, Inc
12238 Silicon Drive, Ste 100
San Antonio, TX 78249

¿Cuánto tiempo tarda una decisión de cobertura?

Por lo general, demora hasta 14 días hábiles después de haber solicitado, a menos que su solicitud sea para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una decisión a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud. Si no le informamos nuestra decisión dentro de los 14 días hábiles (o 72 horas para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare), usted puede apelar.

¿Puedo obtener una decisión de cobertura más rápida?

Sí. Si usted necesita una respuesta más rápida debido a su salud, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Si aprobamos la solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas (o dentro de las 24 horas para un medicamento recetado 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 711) o enviarnos un fax al 210-358-6040. Para saber cómo comunicarse con nosotros, vaya al Capítulo 2.
- También puede pedirle a su proveedor o representante que nos llame.

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 puede obtener una decisión de cobertura rápida **solo si el plazo estándar de 14 días hábiles (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare) podría causar daños graves a su salud o afectar su capacidad para funcionar.**
 - 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 una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta. En su lugar, también utilizaremos el plazo estándar de 14 días hábiles (o el plazo de 72 horas para los medicamentos recetados 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 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, puede llamar a la Oficina del ombudsman de la HHSC al 1-866-566-8989. La Oficina del ombudsman de la HHSC no está vinculada con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

¿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 711) • 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. Para obtener detalles adicionales sobre cómo contactarnos para apelar, vea el Capítulo 2.	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.
--	---

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

¿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 no recibimos este formulario y alguien actúa en su nombre, se desestimarán su solicitud de apelación. Si esto sucede, usted tiene derecho a que otra persona revise nuestra negación. Le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de negar su apelación.

Para obtener un formulario de Nombramiento de un representante, pídalo llamando a Servicios para Miembros o visite [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS1696Spanish.pdf](https://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 gratis, llamando a Servicios para 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 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. 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. 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 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. 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**
- 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 nuestra respuesta es **No** a una parte o a toda la Apelación de Nivel 1, le enviaremos una carta. Esta carta le dirá si Medicare y/o Texas Medicaid cubre el servicio o artículo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Medicare**, usted obtendrá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Entidad de revisión independiente (IRE) tan pronto como termine la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo de **Texas Medicaid**, usted podrá pedir una Apelación de Nivel 2 (conocida como audiencia imparcial), ante la División de apelaciones de la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC). En la carta se le dirá cómo hacerlo. La información también aparece más adelante.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría ser **cubierto por Medicare y Texas Medicaid**, usted recibirá automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante IRE. Usted también puede pedir una Apelación de Nivel 2 (conocida como audiencia imparcial), ante la División de apelaciones de la HHSC.

¿Qué es una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 es una apelación externa que hace una organización independiente que no está vinculada con el plan. La organización de Apelaciones de

Nivel 2 de Medicare es la Entidad de revisión independiente (IRE). La Apelación de Nivel 2 de Texas Medicaid se conoce como audiencia imparcial. Las peticiones de audiencias imparciales se presentan ante Community First Medicare Advantage D-SNP, pero las revisa la División de apelaciones de la HHSC.

Mi problema es sobre un servicio o artículo de Texas Medicaid. ¿Cómo puedo presentar una Apelación de Nivel 2?

Una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Texas Medicaid se llama “audiencia imparcial”.

Si quiere pedir una audiencia imparcial, debe comunicarse con Plan Community First Medicare Advantage (D-SNP) por escrito. Enviaremos su petición de audiencia imparcial a la División de apelaciones de la HHSC. Usted o su representante tienen que pedir una audiencia imparcial **dentro de los 120 días** desde la fecha de la carta en que se le explica que se le está denegando su apelación de Nivel 1 a nuestro plan. Si usted tiene algún motivo justificado para un retraso, la División de apelaciones de la HHSC podría ampliar este plazo para usted.

Envíe su petición por escrito a:

Community First Medicare Advantage D-SNP
12238 Silicon Drive, Ste 100
San Antonio, TX 78249

O puede llamar a Servicios al miembro al 1-833-434-2347. Podemos ayudarle con esta petición. Si necesita una decisión rápida por su salud, usted deberá llamar a Servicios al miembro para pedir una audiencia imparcial acelerada.

Después de que la División de apelaciones de la HHSC reciba su petición de audiencia, usted deberá recibir un paquete de información que le permite saber la fecha, hora y lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales son por teléfono. Durante la audiencia, usted o su representante podrán decirle al funcionario de audiencias por qué necesita el servicio que le negamos.

La División de apelaciones de la HHSC le dará una decisión final a más tardar 90 días después de la fecha de su petición de audiencia. Si usted cumple con los requisitos para una audiencia imparcial rápida, la División de apelaciones de la HHSC deberá darle una respuesta a más tardar en 72 horas. Sin embargo, si la División de apelaciones de la HHSC necesita reunir más información que le ayude a usted, esto podría tomar hasta 14 días calendario.

Mi problema es sobre un servicio o artículo de 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. Nosotros le avisaremos 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.

La IRE debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación (o dentro de los 7 días calendario posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare). Esta regla se aplica si envió su apelación antes de recibir servicios o artículos médicos.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo notificará por carta. La IRE no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una “apelación rápida” en el Nivel 1, automáticamente tendrá una apelación rápida en el Nivel 2. La IRE debe darle una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si la IRE necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, puede demorar hasta 14 días calendario más. Si la IRE necesita días adicionales para tomar una decisión, se lo notificará por carta. La IRE no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su apelación es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

¿Y si mi servicio o artículo está cubierto por Medicare y Texas Medicaid?

Si su problema es sobre un servicio o artículo que podría estar cubierto por ambos Medicare y Texas Medicaid, enviaremos automáticamente su Apelación de Nivel 2 a la Entidad de revisión independiente. Usted también puede pedir una audiencia imparcial. Las peticiones de audiencias imparciales se presentan ante Plan Community First Medicare Advantage D-SNP pero los revisa la División de apelaciones de la HHSC.

¿Mis beneficios continuarán durante las Apelaciones de Nivel 2?

Si su problema es sobre un servicio cubierto por Medicare o por **Medicare y Texas Medicaid**, sus beneficios de ese servicio no continuarán durante las Apelaciones de Nivel 2.

Si su problema es sobre un servicio cubierto **solo por Texas Medicaid**, sus beneficios de ese servicio continuarán durante la Apelación de Nivel 2, si:

- Su apelación es sobre nuestra decisión de reducir o suspender un servicio autorizado anteriormente, y
- Usted solicita una Apelación de Nivel 2 (audiencia imparcial) dentro de los primeros 10 días laborables desde la fecha de la carta en que se le explica que se le está denegando su Apelación de Nivel 1 o antes de la fecha de efectividad de la acción, lo que ocurra más tarde.

¿Cómo sabré cuál es la decisión?

Si su Apelación de Nivel 2 (audiencia imparcial) fue a la División de apelaciones de la HHSC, le avisarán por escrito sobre la decisión de la audiencia.

- Si la División de apelaciones de la HHSC dice que **Sí** a todo o parte de lo que usted pidió, debemos autorizar la cobertura a más tardar en 72 horas desde la fecha en que recibamos la decisión de la audiencia.
- Si la División de apelaciones de la HHSC dice que **No** a todo o parte de lo que usted pidió, esto significa que están de acuerdo con la decisión del Nivel 1. Esto se llama “confirmar la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”.

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 dice **Sí** a parte o todo lo que solicitó en su apelación estándar, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindarle el servicio o artículo dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar la cobertura de atención médica o brindarle el servicio o artículo dentro de las 72 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **Sí** a una parte o todo lo que solicitó en su apelación estándar para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión de la IRE. Si tuvo una apelación rápida, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que recibimos la decisión de la IRE.
- Si la IRE dice **No** a todo o parte de lo que solicitó, significa que está de acuerdo con la decisión de Nivel 1. A esto se le llama “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”.

¿Y si apelé ante la Entidad de revisión independiente y la División de apelaciones de la HHSC y tienen decisiones diferentes?

Si alguna de ellas, la Entidad de revisión independiente o la División de apelaciones de la HHSC, decide que **Sí** para todo o parte de lo que usted pidió, le daremos el servicio o artículo aprobados que sea más cercano a lo que usted pidió en su apelación.

Si la decisión es No para todo o parte de lo que pedí, ¿puedo apelar otra vez?

Si su Apelación de Nivel 2 (audiencia imparcial) fue enviada a la División de apelaciones de la HHSC, usted puede apelar de nuevo pidiendo una revisión administrativa. En la carta que reciba de la División de apelaciones de la HHSC, se le explicará su próxima opción de apelación.

Si su Apelación de Nivel 2 fue dirigida a la Entidad de revisión independiente (IRE), usted podrá apelar otra vez, solo si el valor en dólares del servicio o artículo que usted desea cumple con cierta cantidad mínima. En la carta que recibirá de la IRE, se le explicarán los derechos adicionales de apelación que usted podría tener.

Para obtener más información sobre los niveles adicionales, consulte la sección I.

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 un servicio o artículo cubierto. Usted nunca tendrá que pagar el saldo de ninguna factura. La única cantidad que se deberá pedirle que pague es el copago por un servicio médico o suministro, como una visita al doctor, una visita al hospital ambulatorio, o una receta de medicamentos.

Si recibe alguna 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 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.

Si nuestra respuesta a su apelación es NO y el servicio o artículo suele estar cubierto por Texas Medicaid, usted puede presentar una apelación de nivel 2 (consulte la sección E4).

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:

- 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)
 - Pedirnos que paguemos una cantidad menor del costo compartido de un medicamento cubierto en un nivel de mayor costo compartido
- 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 tabla de la página siguiente para decidir qué sección contiene información sobre su situación:

¿EN CUÁL DE ESTAS SITUACIONES ESTÁ USTED?			
¿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?	¿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?	¿Quiere pedirnos que le devolvamos el pago por un medicamento que ya recibió y por el que pagó?	¿Ya le dijimos que No cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado?
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede pedirnos una decisión de cobertura.	Puede pedirnos que le devolvamos el pago. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede apelar. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos.)
Comience con la Sección F2 . Lea también las Secciones F3 y F4.	Salte a la Sección F4 .	Salte a la Sección F4 .	Salte a la Sección F5 .

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.

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, los miembros del Plan Community First Medicare Advantage D-SNP con la Parte D (HMO) deberán pagar el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 (25% de coseguro).
 - 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 para solicitar la supresión de una restricción de cobertura de un medicamento se denomina a veces solicitar una **“excepción al formulario”**

F3. Cosas importantes que debe saber cuando pide una excepción

Su médico u otro profesional autorizado deben decirnos los motivos médicos

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.

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, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. (TTY 711, 24 horas al día, 7 días de la semana).
- 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”.
- 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.

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!

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.
 - 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 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.

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, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. (TTY 711, 24 horas al día, 7 días de la semana) 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 para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711).

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 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 acelerada”.

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 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.

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 para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711).
- 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 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.

- 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 711). 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 o 711.

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 para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711). 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 o 711. La llamada es gratis.
- También podrá ver el aviso por internet en [CMS.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros 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 de Mejoras de Calidad revisará la Apelación de Nivel 1 para ver si la fecha de su salida es médicamente adecuada. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de Calidad se llama KEPRO.

Para presentar una apelación o cambiar la fecha de su salida, llame a KEPRO al 888-315-0636 (TTY 711).

¡Llame inmediatamente!

Llame a la Organización para el Mejoras 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 de Mejoras 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 de Mejoras 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 de Mejoras 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 de Mejoras de Calidad de su estado 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.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711). 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.

¿Qué es una Organización de Mejoras 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 de Mejoras 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 de Mejoras 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 para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711). 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 [CMS.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

¿Y si la respuesta es Sí?

- Si la Organización de Mejoras 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 de Mejoras 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 de Mejoras 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 de Mejoras de Calidad nos dé su respuesta.
- Si la Organización de Mejoras 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 de Mejoras 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 de Mejoras 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 de Mejoras de Calidad se llama KEPRO. Usted puede llamar a KEPRO al 888-315-0636 (TTY 855-843-4776 o 711).

- Los revisores de la Organización de Mejoras de Calidad verán otra vez toda la información relacionada con su apelación.
- Los revisores de la Organización de Mejoras de Calidad tomarán una decisión a más tardar en 14 días calendario después de recibir su pedido de una segunda 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.

En resumen: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de su salida del hospital

Llame a la Organización de Mejoras de Calidad de su estado al **888-315-0636 (TTY 855-843-4776)** y pida otra revisión.

¿Qué sucederá si la respuesta es No?

Esto significa que la Organización de Mejoras 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 de Mejoras 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 de Mejoras 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.

- 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”.
- **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.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alterna de Nivel 1

Llame a Servicios para Miembro y pida una revisión rápida de la fecha de su salida del hospital.
Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es **“apelación acelerada”**.

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 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.

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.

- 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.

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.
- 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 de 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 y 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 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 para Miembros al 1-833-434-2347. 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 de Mejoras de Calidad revisará su apelación y decidirá si cambia la decisión que hayamos tomado. En Texas, la Organización de Mejoras de Calidad se llama KEPRO. Usted puede llamar a KEPRO al 888-315-0636 (TTY 955-843-4776 o 711). La información sobre cómo apelar ante la Organización de Mejoras 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 de Mejoras 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 de Mejoras 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 de Mejoras de Calidad, puede presentarnos la apelación directamente a 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 para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días a la semana. (TTY 711, 24 horas al día, 7 días de la semana) 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 [CMS.gov/Medicare/Forms-Notices/Beneficiary-Notices-Initiative](https://www.cms.gov/Medicare/Forms-Notices/Beneficiary-Notices-Initiative).

¿Qué sucederá durante la revisión hecha por la Organización de Mejoras de Calidad?

- Los revisores de la Organización de Mejoras 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 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 de Mejoras 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 de Mejoras 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 de Mejoras de Calidad se llama KEPRO. Usted puede llamar a KEPRO al 888-315-0636 (TTY 855-843-4776 o 711). Pida la revisión de Nivel 2 **a más tardar en 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoras 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 de Mejoras de Calidad analizarán otra vez, cuidadosamente, toda la información relacionada con su apelación.
- La Organización de Mejoras 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 de Mejoras 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?

- 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 de Mejoras 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.

- 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 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.

En resumen: Cómo presentar una Apelación alterna de Nivel 1

Llame a Servicios para Miembros y pida una “revisión rápida”.

Le daremos nuestra decisión a más tardar en 72 horas.

El término legal para “revisión rápida” o “apelación rápida” es “**apelación acelerada**”.

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.
- **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 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).

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.

Si usted necesita ayuda en cualquier etapa del proceso de apelación, puede comunicarse con la oficina del ombudsman de la HHSC. El número de teléfono es 1-866-566-8989.

I2. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicaid de Texas

Usted también tiene más derechos de apelación si esta es sobre servicios o artículos que podrían estar cubiertos por Texas Medicaid. Si usted tiene preguntas sobre sus derechos de apelación adicionales, puede llamar a la oficina del mediador de HHSC al 1-866-566-8989.

Si usted no está de acuerdo con la decisión del funcionario de audiencias imparciales, puede solicitar una revisión administrativa dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la decisión.

La carta que reciba de la división de apelaciones de la HHSC le indicará qué hacer si usted desea continuar con el proceso de 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.

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 del Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 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 para Miembros y otros miembros del personal del plan lo han hecho esperar demasiado tiempo.

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 para Miembros o envíenos una carta. Hay varias organizaciones diferentes que reciben quejas externas. Lea más información en la sección J3.

Quejas sobre la limpieza

- Si le parece que la clínica, hospital o consultorio del proveedor no están limpios.

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 realizar una denuncia interna y/o una denuncia externa. Una queja interna es presentada y revisada por nuestro plan. Una queja externa es presentada y revisada por una organización que no está afiliada a nuestro plan. Si usted necesita ayuda para presentar una queja interna y/o externa, puede llamar a la oficina del ombudsman de la HHSC al 1-866-566-8989.

J2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711). 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 para miembros se lo informará.
- Usted también puede presentar su queja por escrito y enviarla. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida”. Si tiene una “queja rápida”, significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.

El término legal para “una queja rápida” es **“reclamo acelerado”**.

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 o 711. La llamada es gratis.

Usted puede presentar su queja ante Texas Medicaid

Una vez que haya seguido el proceso de quejas del plan, usted podrá presentar una queja ante la Comisión de salud y servicios humanos de Texas (HHSC) llamando al número gratuito 1-866-566-8989. Si quiere presentar su queja por escrito, por favor envíela por correo a la dirección siguiente:

Texas Health and Human Services Commission
Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

Si tiene acceso a Internet, puede presentar su queja en: HHS.Texas.gov/About-HHS/Your-Rights/Office-Ombudsman/HHS-Ombudsman-Managed-Care-Help.

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 derechos civiles es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-800-537-7697 o 711. También puede visitar HHS.gov/OCR para encontrar más información.

Usted puede presentar una queja ante la Organización de Mejoras 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 de Mejoras de Calidad (sin presentarla a nosotros).
- O, puede presentarnos su queja a nosotros y ante la Organización de Mejoras de Calidad. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

La Organización de Mejoras 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 de Mejoras de Calidad, lea el Capítulo 2.

En Texas, la Organización de Mejoras de Calidad se llama KEPRO. El número de teléfono de KEPRO es 888-315-0636 (TTY 855-843-4776 o 711).

CAPÍTULO 10: CÓMO TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN EL PLAN

INTRODUCCIÓN

Este capítulo describe las maneras de cómo usted puede terminar su participación en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar el plan. Aunque abandone nuestro plan, todavía estará en los programas Medicare y Texas Medicaid, siempre que cumpla los requisitos para ello. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

A. CUÁNDO PUEDE TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN NUESTRO PLAN

La mayoría de las personas inscritas en Medicare pueden poner fin a su participación solo en determinados períodos del año. Usted puede poner fin a su participación en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes Períodos especiales de inscripción:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de en estos tres períodos especiales de inscripción, usted también puede poner fin a su participación en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **período de inscripción anual**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su participación en Plan Community First Medicare Advantage (D-SNP) terminará el 31 de diciembre y su participación en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **período de inscripción abierta para Medicare Advantage**, que dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su participación en el plan nuevo empezará el día 1 del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que se le permita hacer un cambio de inscripción. Por ejemplo, si:

- Medicare o Texas lo han inscrito en un Plan Medicare-Medicaid,
- Usted ya no cumple los requisitos para Medicaid o Ayuda adicional,
- Usted está recibiendo cuidado en un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital de cuidado a largo plazo, o
- Usted se ha mudado fuera de nuestra área de servicio.

Su participación terminará el último día del mes en que recibamos su petición 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).

Usted puede obtener información sobre cuándo usted puede terminar su participación llamando a:

- Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-252-3439.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 o 711.

NOTA: Si usted está en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos.

B. CÓMO TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN NUESTRO PLAN

Si usted decide cancelar su membresía, informe a Texas Medicaid o Medicare que desea dejar Community First Medicare Advantage D-SNP:

- Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-252-3439.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 o 711. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare.

C. CÓMO INSCRIBIRSE EN OTRO PLAN MEDICARE-MEDICAID

Si usted desea seguir recibiendo sus beneficios de Medicare y Medicaid de Texas juntos desde un solo plan, usted puede inscribirse en un plan Medicare-Medicaid diferente. Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante ciertas épocas del año, conocidas como períodos de inscripción especial. En determinadas situaciones, usted también puede ser elegible para abandonar el plan en otras épocas del año. Consulte la sección A para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan:

Para inscribirse en otro Plan Medicare-Medicaid:

- Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-252-3439.
- Envíe a HICAP un formulario de cambio de inscripción. Puede obtener el formulario llamando a HICAP al 1-800-252-9240 si necesita que le envíen uno por correo; o
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 o 711. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare.
- Si usted es elegible para un período de inscripción especial, su cobertura con Community First Medicare Advantage D-SNP finalizará el último día del mes en que recibamos su solicitud. Consulte la sección A para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan.

D. CÓMO RECIBIR LOS SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID POR SEPARADO

Si no quiere inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid después de abandonar Plan Community First Medicare Advantage D-SNP usted volverá a obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado.

D1. Maneras de recibir sus servicios de Medicare

Usted podrá elegir cómo recibe sus beneficios de Medicare.

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su participación en nuestro plan.

1. Usted puede cambiar a: Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa de cobertura total de salud para ancianos (PACE)	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 o 711. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, SHIP se llama Programa de información, consejería y asesoramiento de salud de Texas (HICAP). Su inscripción a Plan Community First Medicare Advantage D-SNP quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo la cobertura de su nuevo plan.
2. Usted puede cambiar a: Medicare Original con un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 o 711. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) al 1-800-252-3439. En Texas, SHIP se llama Programa de información, consejería y asesoramiento de salud de Texas (HICAP). Su inscripción a Plan Community First Medicare Advantage D-SNP quedará automáticamente cancelada cuando comience su cobertura de Medicare Original.

3. Usted puede cambiar a: Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte NOTA: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir. Usted sólo debe cancelar la cobertura de medicamentos recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si usted tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al programa de defensa y asesoramiento sobre información de salud de Texas (HICAP) al 1-800-252-9240.	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 o 711. Si necesita ayuda o más información: • Llame al programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP) al 1-800-252-9240. En Texas, el SHIP se llama programa de defensa y asesoramiento sobre información de salud de Texas (HICAP). Su inscripción a Plan Community First Medicare Advantage D-SNP quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original.
--	---

D2. Cómo recibir sus servicios de Medicaid

Sus servicios de Texas Medicaid incluyen sobre todo servicios y respaldos a largo plazo y cuidados de salud del comportamiento.

Si usted deja el Plan Medicare-Medicaid, usted seguirá en nuestro plan para recibir sus servicios de Texas Medicaid.

- Usted puede elegir cambiarse a otro plan de salud exclusivo de Medicaid comunicándose con el programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP) al 1-800-252-9240.
- Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación de Miembro, un *Manual del Miembro* nuevo y un Directorio de proveedores y farmacias nuevo.

E. SIGA RECIBIENDO SUS SERVICIOS MÉDICOS Y DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE NUESTRO PLAN HASTA QUE TERMINE SU PARTICIPACIÓN

Si usted deja Community First Medicare Advantage D-SNP, podría pasar algún tiempo antes de que termine su participación y que comience su cobertura nueva de Medicare y Texas Medicaid. Durante este período de tiempo, usted seguirá recibiendo su cuidado de salud y medicamentos a través de nuestro plan.

- Utilice los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
- Use nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas.
- Si usted está hospitalizado el día en que termine su participación, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta. Esto pasará incluso si su cobertura nueva de salud comienza antes de que le den de alta.

F. OTRAS CIRCUNSTANCIAS EN QUE TERMINARÁ SU PARTICIPACIÓN

Estos son los casos en los que Community First Medicare Advantage D-SNP 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 usted ya no califica para Medicaid de Texas. Nuestro plan es para personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid de Texas.
- Si se le exige que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y usted no la paga.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o se va para hacer 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.
 - Usted debe ser ciudadano de Estados Unidos o estar presente legalmente en los Estados Unidos para ser Miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos avisarán si usted no cumple con los requisitos para quedarse con 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 sus requisitos para cumplir con 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.

G. REGLAS QUE IMPIDEN 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 deben llamar al 1-877-486-2048 o 711. Puede llamar las 24 horas al día, 7 días de la semana. También deberá llamar a Texas Medicaid.

H. 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. También puede consultar en el Capítulo 9 la información sobre cómo presentar una queja.

I. CÓMO OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE CÓMO TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN EL PLAN

Si tiene alguna pregunta o quiere más información sobre cuándo podemos terminar su participación, puede llamar a Servicios al Miembro al 1-833-434-2347.

CAPÍTULO 11: AVISOS LEGALES

INTRODUCCIÓN

Este capítulo incluye avisos legales que pueden aplicar a su participación en Plan Community First Medicare Advantage D-SNP. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del *Manual del Miembro*.

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 o 711. Usted también puede ir a [HHS.gov/HIPAA/For-Individuals/Spanish](https://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.

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.

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 D-SNP.

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 D-SNP 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 D-SNP 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.

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.

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.

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 D-SNP cuando obtenga servicios o recetas. Llame a Servicios para Miembros si recibe facturas que no entiende.

Como Miembro del Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 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.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información sobre beneficios y medicamentos cubiertos completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos del afiliado. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

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 necesiten 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 D-SNP 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 D-SNP para más información sobre cómo el Plan Community First Medicare Advantage D-SNP protege, usa, y divulga su PHI, así como sus derechos respecto a su PHI.

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 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.”

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.

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.”

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 D-SNP 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.
- 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 D-SNP 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.

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.

CAPÍTULO 12

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.

SERVICIOS PARA MIEMBROS DEL PLAN COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE D-SNP

TIPO	DETALLES
POR TELÉFONO	1-833-434-2347 las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana. Hora central. Servicio de mensajes disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Servicios para Miembros también tiene servicio de intérpretes gratuito, para las personas que no hablen español.
TTY	711 las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, los 7 días de la semana. Este número requiere equipo telefónico especial y es para personas que tienen problemas para oír o hablar.
POR FAX	210-358-6408 o 210-358-6409
POR CORREO	Plan Community First Medicare Advantage D-SNP 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, TX 78249
SITIO EN LÍNEA	MedicareAlamo.com

Non-Discrimination Notice

Community First Health Plans, Inc. (Community First) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Community First does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation.

Community First provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with our organization, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, and other formats)

Community First also provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, please contact Community First Member Services at the number on the back of your Member ID card or 1-800-434-2347. If you're deaf or hard of hearing, please call 711.

If you feel that Community First failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a complaint with Community First by phone, fax, or email at:

Community First Compliance Coordinator

Phone: 210-227-2347 | TTY: 711

Fax: 210-358-6014

Email: DL_CFHP_Regulatory@cfhp.com

If you need help filing a complaint, Community First is available to help you. If you wish to file a complaint regarding claims, eligibility, or authorization, please contact Community First Member Services at 1-800-434-2347.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

You may also file a complaint by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Phone: 1-800-368-1019 | TTY: 1-800-537-7697

Complaint forms are available at:

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Aviso sobre no discriminación

Community First Health Plans, Inc. (Community First) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual. Community First no excluye o trata de manera diferente a las personas debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual.

Community First proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nuestra organización, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)

Community First también ofrece servicios gratuitos lingüísticos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita recibir estos servicios, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros de Community First al 1-800-434-2347. TTY (para personas con problemas auditivos) al 711.

Si usted cree que Community First no proporcionó servicios lingüísticos gratuitos o se siente que fue discriminado/a de otra manera por motivos de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, u orientación sexual, usted puede comunicarse con Community First por teléfono, fax, o correo electrónico a:

Community First Compliance Coordinator

Teléfono: 210-227-2347 | Línea de TTY gratuita: 711

Fax: 210-358-6014

Correo electrónico: DL_CFHP_Regulatory@cfhp.com

Si usted necesita ayuda para presentar una queja, Community First está disponible para ayudarlo. Si usted desea presentar una queja sobre reclamos, elegibilidad o autorización, comuníquese con Servicios para Miembros de Community First llamando al 1-800-434-2347.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del portal de quejas de derechos civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

También puede presentar una queja por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Teléfono: 1-800-368-1019 | Línea de TTY gratuita: 1-800-537-7697

Los formularios de queja están disponibles en:

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Language Assistance

ENGLISH: ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Call 1-800-434-2347 (TTY: 711).

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-434-2347 (TTY: 711).

VIETNAMESE: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-434-2347 (TTY: 711).

CHINESE: 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務. 請致電 1-800-434-2347 (TTY: 711).

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-434-2347 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ARABIC: اس م لا قدع وغل ل لاة ى وت ت ف ك ل . ن اجم ل اب ل ص تا ر ب م ق 1-800-434-2347 م ق ر
تا ه م ص ل ل او: 711 : قظوح ل م اذ ا تن ك ثدحت ت ر كذا، غ ل ل ل ن ا ف تامدخ

URDU: و ب ے ت ل، ى ~ و ت پ آ و ک ن ا ب ز ى ک ددم ى ک تامدخ ت ف م ى م با ى ت س د ى ~ ل ل ک
1-800-434-2347 (TTY: 711) ر ب خ : راد ر گا پ آ را و د

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-434-2347 (TTY: 711).

FRENCH: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-434-2347 (ATS: 711).

HINDI: ध्यान द: यद आप हदी बोलते ह तो आपके लिए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1-800-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल कर।

PERSIAN: ناگیار تروصب ى نابز تال ى مست ، دى نک ىم وگتفنگ ى سراف نابز م ب رگا : هجوت
اب . دشاب ىم م هارف 1-800-434-2347 (TTY: 711) دى رى گب سامت امش ى ارب

GERMAN: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-434-2347 (TTY: 711).

GUJARATI: ધ્યાન દે: યદ આપ હદી બોલતે હૈ તો આપકે લેિ મુફ્ત મે ભાષા સહાયતા સેવાં ઉપલબ્ધ હૈ। 1-800-434-2347 (TTY: 711) પર કૉલ કરે।

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-434-2347 (телетайп: 711).

JAPANESE: 注意事項: 日本語を話される場合, 無料の言語支援をご利用いただけます。
1-800-434-2347 (TTY: 711)まで、お電話にてご連絡ください。

MEDICARE ADVANTAGE PLAN DUAL ELIGIBLE SPECIAL NEEDS (D-SNP) (HMO) MANUAL PARA MIEMBROS



12238 Silicon Drive, Ste. 100
San Antonio, Texas 78249
[CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com)