

COMMUNITY FIRST
— MEDICARE ADVANTAGE —

2026

ALAMO (HMO)

EVIDENCIA DE COBERTURA

RESUMEN DE SU PLAN

Community First

Plan Medicare Advantage Alamo

(HMO) H5447-001

Del 1 de enero al 31 de diciembre, 2026

Vea adentro para aprovechar los beneficios, servicios y coberturas de medicamentos que brinda su plan.

Llame al departamento de Servicios para miembros o visítenos en línea para obtener más información.

Local 210-358-6386 • Número gratuito 1-833-434-2347

Los 7 días de la semana, de 8 de la mañana a 8 de la noche.

(1 de octubre al 31 de marzo)

De lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche.

(1 de abril al 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

Sirviendo a los residentes del condado de Bexar.

MedicareAlamo.com



Evidencia de cobertura

2026

Descripción general de su plan

El plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) H5447-001 del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Mire adentro para aprovechar los beneficios, servicios, y la cobertura de medicamentos que ofrece el plan.

Llame a Servicios para Miembros o ingrese en línea para obtener más información.

Local 210-358-6386 • **número gratuito** 1-833-434-2347

7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

(Del 1 de octubre al 31 de marzo)

De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

(Del 1 de abril al 30 de septiembre)

Servicio de mensajes disponible los fines de semana y festivos,
del 1 de abril al 30 de septiembre

TTY 711

24 horas al día, 7 días de la semana

Sirviendo a los residentes del condado de Bexar.

[MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com)

Evidencia de cobertura 2026

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos recetados de Medicare como Miembro del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO).

Este documento le proporciona los detalles sobre su cobertura de servicios de salud y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante.**

Guárdelo en un lugar seguro.

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

- Nuestra prima del plan y los gastos compartidos
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos recetados
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si usted tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8 de la mañana a 8:00 de la noche, los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo); de 8:00 de la mañana a 8:00 de la noche, de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días feriados federales. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Este plan, Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), es ofrecido por Community First Health Plans, Inc. (Cuando esta Evidencia de cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, se refiere a Community First Health Plans, Inc.; cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere al plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO).)

Este documento está disponible en inglés y en distintos formatos, incluidos braille y letra grande. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) si desea que le enviemos este folleto por correo en un formato diferente.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro Formulario (lista de medicamentos), la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Nosotros notificaremos a los inscritos afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

Tabla de contenido

Para obtener ayuda para encontrar información, consulte esta lista de capítulos y números de página. Vaya a la primera página de cada capítulo, donde encontrará una lista detallada de temas.

Capítulo 1	Primeros pasos como miembro.....	5
	Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este documento. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la penalización por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.	
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos importantes.....	15
	Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan, Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la organización para mejoras de calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros médicos para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.	
Capítulo 3	Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos.....	27
	Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluye cómo tener acceso a los Proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.	
Capítulo 4	Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)	41
	Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles <i>no</i> como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.	
Capítulo 5	Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D.....	73
	Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la <i>lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que <i>no</i> están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto a la seguridad y manejo de los medicamentos.	
Capítulo 6	Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D.....	92
	Se describen las tres etapas de la cobertura de medicamentos (etapa deducible, etapa de cobertura inicial y etapa catastrófica) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Se explican los cinco niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y se le informa lo que usted debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.	
Capítulo 7	Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.....	103

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8	Sus derechos y responsabilidades	108
	Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.	
Capítulo 9	Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	125
	Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.	
	• Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto. • También explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.	
Capítulo 10	Cancelación de su membresía en el plan	158
	Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, detalla las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.	
Capítulo 11	Avisos legales	165
	Se incluyen avisos sobre las leyes vigentes y sobre la no discriminación.	
Capítulo 12	Definiciones de palabras importantes	168
	Explica los términos clave utilizados en este documento.	

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como Miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como Miembro

SECCIÓN 1	Introducción	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en Community First Medicare Advantage Alamo Plan, que es un plan HMO de Medicare	7
Sección 1.2	Información legal sobre la Evidencia de cobertura	7
SECCIÓN 2	Requisitos de acceso al plan	8
Sección 2.1	Requisitos de acceso	8
Sección 2.3	Ciudadanía estadounidense o presencia legal.....	9
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía	9
Sección 3.1	Nuestra tarjeta de membresía del plan.....	9
Sección 3.2	Directorio de Proveedores	10
Sección 3.3	Directorio de Farmacias	10
Sección 3.4	Lista de medicamentos (Formulario).....	11
SECCIÓN 4	Su prima mensual para el Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)	11
Sección 4.1	Prima del plan.....	11
Sección 4.2	Prima mensual de la parte B de Medicare	12
Sección 4.3	Penalización por inscripción tardía en la Parte D	12
Sección 4.4	Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos	13
Sección 4.5	Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	13
SECCIÓN 5	Mantener actualizado nuestro registro de miembros del plan	14
Sección 5.1	Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted	14
SECCIÓN 6	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	14
Sección 6.1	Otros seguros	14

SECCIÓN 1 Primeros pasos como Miembro

Sección 1.1 Usted está inscrito en el plan Community First Medicare Advantage Alamo, que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. El plan Community First Medicare Advantage Alamo es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura bajo este plan califica como Cobertura de Salud que cumple con los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y satisface el requisito de responsabilidad individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [IRS.gov/AffordableCareAct/IndividualsandFamilies](https://www.irs.gov/AffordableCareAct/IndividualsandFamilies).

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) cubre su cuidado. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “anexos” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como Miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de acceso al plan

Sección 2.1 Requisitos de acceso

Usted puede inscribirse en nuestro plan, siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene Medicare Parte A y Parte B
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio. Las personas encarceladas no se consideran que viven en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella).
- Es ciudadano estadounidense o se encuentra legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan Community First Medicare Advantage (HMO)

El plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio. El área de servicio se describe a continuación e incluye los siguientes condados en **Texas**:

- Bexar

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo); de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario indicado y en días festivos federales. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, para consultar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará al plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) si usted no cumple con este requisito para seguir siendo miembro de nuestro plan. Community First Health Plans debe darle de baja si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

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

COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS		H5447-001
MEDICARE ADVANTAGE ALAMO		
Name: John M. Doe		
Member ID: AD000000000000		
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: CF0001		
Navitus Health Solutions H5447_1020D00031_C		MedicareRx Prescription Drug Coverage

In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible.	En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir cuidado, llame a su PCP dentro de 24 horas o lo antes posible.
Member Services: (7 days a week from 8:00 a.m. to 8:00 p.m.) Local 210-358-6386 • Toll-Free 1-833-434-2347 TTY 711 (24 hours a day/7 days a week)	Servicios para Miembros: (7 días a la semana desde 8:00 a.m. a 8:00 p.m.) Local 210-358-6386 • Línea gratuita 1-833-434-2347 TTY 711 (24 horas al día/7 días a la semana)
Behavioral Health Services: Toll-Free 1-877-221-2226 (24 hours/7 days a week)	Servicios de Salud Mental: Gratis 1-877-221-2226 (24 horas al día/7 días a la semana)
Nurse Advice Line: (24 hours/7 days a week) Local 210-358-6386 • Toll-Free 1-800-434-2347	Línea de consejos de enfermeras: (24 horas al día/7 días a la semana) Local 210-358-6386 • Línea gratuita 1-800-434-2347
Website: CommunityFirstMedicare.com	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	



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se le pierde o se la roban, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario indicado y en días festivos federales. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711, disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, y le enviaremos una nueva tarjeta de inmediato.

Sección 3.2 **Directorio de Proveedores**

El **Directorio de Proveedores** en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) incluye los proveedores de la red y proveedores de equipos médicos duraderos. Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Usted debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que el plan Community First Advantage Alamo (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene un *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). La copia impresa solicitada se enviará por correo dentro de 3 días hábiles.

Sección 3.3 **Directorio de Farmacias**

El *Directorio de Farmacias* en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) incluye nuestras farmacias de la red. **Las farmacias de la red** son farmacias que han acordado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Vaya al Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no forman parte de la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com)

Sección 3.4 Lista de medicamentos (*Formulario*)

El plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO).

La lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la lista de medicamentos. La lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con más frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, usted puede consultar el formulario del plan en línea en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima por beneficio suplementario opcional (Sección 4.3)
- Penalización por inscripción tardía a la Parte D (Sección 4.4)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima mensual separada del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO). Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B).

Si usted ya recibe ayuda de uno de estos programas, la información sobre las primas en esta Evidencia de cobertura puede no aplicarle. Le hemos enviado un documento separado llamado Evidencia de cobertura Anexo para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos Recetados (también conocido como Anexo de Subsidio para Bajos Ingresos o Anexo LIS), que le explica su cobertura de medicamentos. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo); de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Se utiliza el servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario laboral y en días festivos federales. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida el Anexo LIS.

En algunas situaciones, la prima de nuestro plan podría ser menor.

Las primas de Medicare Parte B y Parte D varían según los ingresos de cada persona. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual Medicare & Usted 2026, en la sección llamada Costos de Medicare 2026. Puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare(www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Usted debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B. También puede tener que pagar una prima de la Parte A si no reúne los requisitos para recibir la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Penalización por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía** en la Parte D. La penalización por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más consecutivos en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Usted deberá pagar esta penalización mientras tenga cobertura de la Parte D.

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

- Recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos [VA]). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín de ese plan. Guarde esta información, ya que podría necesitarla si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede serle enviada en una carta o incluida en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque puede necesitarla si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

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

- Si usted estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de que fue elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La penalización es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14 %.

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional basado en el año anterior. Para el 2026, este monto de prima promedio es de \$38,99
- Para calcular su penalización mensual, multiplique el porcentaje de la penalización por la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por \$38,99, lo que equivale a \$5,45. Esto se redondea a \$5,46. Este monto se agregaría a la **prima mensual para alguien con una penalización por inscripción tardía en la Parte D**.

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

- La penalización puede cambiar cada año porque la prima base nacional de los beneficios puede variar cada año.
- Seguirá pagando la penalización cada mes mientras esté inscrito en un plan que ofrezca beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene menos de 65 años y está inscrito en Medicare, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65, su penalización se basará únicamente en los meses en que no tuvo cobertura después de su período inicial de inscripción por edad.

Si no está de acuerdo con su penalización por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión dentro de los 60 días a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que debe pagar una penalización por inscripción tardía. Sin embargo, si usted estaba pagando una penalización antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa penalización por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos

Algunos miembros pueden tener que pagar un cargo adicional, conocido como monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA (por sus siglas en inglés). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso ajustado modificado, tal como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a un monto determinado, usted pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional IRMAA, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

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

En el capítulo 2, sección 7, se brinda más información sobre el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si usted no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado nuestro registro de membresía

Sección 5.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembros para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados para mayores.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (Nota: No está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero le animamos a que lo haga).

Si hay algún cambio, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento).

También es importante que se comuniquen con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (usuarios de TTY llamen a 1-800-325-0778).

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 6.1 Otros seguros

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

Una vez al año, le enviaremos una carta con la información sobre cualquier otra cobertura de seguro médica o de medicamentos que tengamos registrada. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no está incluida, llame a Servicios para Miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras

aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como cobertura médica grupal del empleador), las reglas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero ("el pagador principal") cubre hasta el límite de sus beneficios. El seguro que paga en segundo lugar ("pagador secundario") solo paga si quedan costos no cubiertos por la cobertura principal. El pagador secundario puede que no cubra esos costos. Si tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, del número de empleados de su empleador y de si tiene Medicare por edad, discapacidad o Enfermedad Renal Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación laboral.

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Datos de contactos de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)	17
SECCIÓN 2	Obtenga ayuda de Medicare.....	18
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)	20
SECCIÓN 4	Organización de Mejoras de Calidad (QIO)	20
SECCIÓN 5	Seguro Social	21
SECCIÓN 6	Medicaid	22
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta	23
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	25
SECCIÓN 9	Si tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador	26

SECCIÓN 1 Datos de contactos del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)

Para obtener ayuda con reclamaciones o facturación, o preguntas sobre su tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Community First Health Plans al 1-833-434-2347. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) 7 días a 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 5 de la tarde (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. <i>(24 horas al día, 7 días a la semana)</i>
ESCRIBA A	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
SITIO WEB	MedicareAlamo.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura, o presentar una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Método	Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas
LLAME AL	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) 7 días a 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 5 de la tarde (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés..

Método	Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. (24 horas al día, 7 días a la semana)
ESCRIBA A	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
SITIO WEB	MedicareAlamo.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare ingrese en Medicare.gov/my/Medicare-complaint

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
Escriba	Escriba a Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

SITIO WEB[Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)

- Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluyendo sus costos y los servicios que ofrecen.
- Encuentre médicos u otros proveedores y suministradores de atención médica que participan en Medicare.
- Infórmese sobre lo que cubre Medicare, incluyendo los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas e inyecciones, y la visita anual de “Bienestar”).
- Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare.
- Consiga información sobre la calidad de la atención que ofrecen los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo.
- Encuestre sitios web y números de teléfono útiles.

También puede utilizar el sitio web Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO):

- Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda gratuita, información, y respuestas a sus preguntas sobre Medicare.

HICAP es un programa independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarle a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del HICAP también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) (Texas SHIP)	
Método	
LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	info@shiptacenter.org
SITIO WEB	HHS.Texas.gov/services/health/Medicare

SECCIÓN 4 Organización de Mejoras de Calidad (QIO)

En cada estado, Medicare cuenta con una Organización de Mejoras de Calidad (QIO) designada a prestar sus servicios.

Acentra Health está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para que supervisar y mejorar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con Acentra Health:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención incluyen recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico incorrecto.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Acentra Health (Organización de Mejoras de Calidad de Texas)
LLAME AL	888-315-0636 (llamada gratuita) Lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. CST / CDT Fines de semana y días festivos de 10 a.m. a 4 p.m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar
ESCRIBA A	1650 Summit Lake Dr Suite 102 Tallahassee, FL 32317
SITIO WEB	acentraqio.com/bene/statepages/texas/

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social indicando que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre la cantidad o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también pueden recibir Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos programas de ahorro de Medicare incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con Ingresos Bajos Específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo Calificado (Qualified Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador Discapacitado Calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

Método	Salud de Servicios Humanos de Texas: información de contacto
LLAME AL	Línea directa para clientes 1-800-335-8957 Lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m.
TTY	711 o 1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

Método	Salud de Servicios Humanos de Texas: información de contacto
ESCRIBA A	Texas Health and Human Services P.O. Box 149024 Austin, TX 78714-9024
SITIO WEB	HHS.Texas.gov/services/health/Medicaid-CHIP

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre formas de reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los programas que se indican continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que puede ayudar a pagar los costos de medicamentos para personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta Ayuda Adicional también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si califica automáticamente para Ayuda Adicional, Medicare le enviará por correo una carta morada para informarle. Si no califica automáticamente, puede solicitarla en cualquier momento. Para ver si califica para recibir Ayuda Adicional:

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> to apply online
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicite Ayuda Adicional, también puede comenzar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés). Estos programas estatales ofrecen ayuda con los costos de Medicare. El Seguro Social enviará la información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda Adicional.

Si califica para Ayuda Adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en la farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto correcto del copago. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Comuníquese con Servicios para Miembros de Community First Health Plans al 210-358-6386 (local) o al número gratuito 1-833-434-2347. Un Representante de Servicios para Miembros puede hablar con usted y explicarle el proceso que implica determinar si puede recibir la Ayuda Adicional.
- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto en su próxima receta. Si pagó de más, le reembolsaremos, ya sea mediante cheque o como crédito para un copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted les debe dinero, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Por favor, contacte a Servicios para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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

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

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido a través del Programa de Medicamentos para VIH de Texas (THMP, por sus siglas en inglés) al 1-800-255-1090.

Nota: para poder participar en el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, como presentar comprobante de residencia en el estado y de diagnóstico de VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establece el Estado), y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, informe a su trabajador local de inscripción en el ADAP para poder seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los requisitos, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, edad, condición o discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En *Texas*, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica se llama *Tarjeta de Medicamentos de Texas*.

Método	Tarjeta de Medicamentos de Texas: Información de contacto
LLAME AL	855-469-8979
ESCRIBA A	TexasDrugCard.com/contact
SITIO WEB	TexasDrugCard.com/

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a manejar los gastos de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Esta opción puede ayudarle a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros.

Método El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare - Información de contacto

Llame: 1-833-434-2347 (número gratuito)
210-358-6386 (local)

7 días a 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 5 de la tarde (del 1 de abril al 30 de septiembre)
 Servicio de mensajes disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre.
 Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

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

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios: Información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", podrá hablar con un Representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona "1", podrá acceder a la línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	RRB.gov/

SECCIÓN 9 Si tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador, al sindicato o a Servicios para Miembros (Los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge, o pareja doméstica). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

***Utilizar nuestro plan
para obtener sus servicios médicos***

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.	29
Sección 1.1	Proveedores de la red y los servicios cubiertos	29
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta por nuestro plan.	29
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	30
Sección 2.1	Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica.	30
Sección 2.2	Atención médica que puede recibir sin una derivación de su PCP	31
	Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.	31
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	32
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red.	33
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención.	33
Sección 3.1	Reciba atención si tiene una emergencia médica	33
Sección 3.2	Reciba atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios	34
Sección 3.3	Reciba atención durante un desastre	35
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	35
Sección 4.1	Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total	35
SECCIÓN 5	Servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”.	36
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	36
Sección 5.2	¿Quién paga los servicios en un “estudio de investigación clínica”?	36
SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención en una “institución religiosa de cuidado de salud no médica”	38
Sección 6.1	Una institución religiosa de cuidado de salud no médica	38
Sección 6.2	Cómo recibir atención de una institución religiosa de cuidado de salud no médica	38
SECCIÓN 7	Reglas para la posesión de Equipo Médico Duradero	39
Sección 7.1	Usted no será propietario de cierto Equipo Médico Duradero después de hacer una cantidad determinada de pagos bajo nuestro plan	39
Sección 7.2	Reglas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento	39
	¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Medicare Original?	39

SECCIÓN 1 **Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para que su atención médica esté cubierta. Para ver los detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, vaya a la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y los servicios cubiertos

- Los **“Proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “Proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, el equipo y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se explican en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener la atención médica cubierta por nuestro plan

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

El Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesaria” significa que todos los, servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red consulte la Sección 2.1 para más información.
 - En algunos casos, nuestro plan deberá autorizarlo con antelación (una derivación) antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Usted no necesita una derivación de su PCP para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. Para conocer sobre otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de

nuestro plan). Esto significa que usted tiene que pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. *Existen tres excepciones:*

- Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un Proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan pero no hay especialistas en nuestra red que ofrezcan ese cuidado, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en Medicare Original. Si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido por la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

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

¿Qué es un “PCP”?

Un proveedor de atención primaria también se conoce como PCP. Un PCP es un médico 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 el rol de mi PCP?

Su relación con su PCP es importante porque su PCP es responsable de sus necesidades de atención médica de rutina, coordina todos sus servicios cubiertos, mantiene su registro médico y garantiza la continuidad de su 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.

¿Cómo elige su PCP?

Cuando se inscribe en el Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), seleccione un PCP del Directorio de Proveedores.

Para obtener una copia del Directorio de Proveedores de Community First Health Plans Medicare Advantage más reciente, o para obtener ayuda para seleccionar un PCP, llame a Servicios para Miembros de Community First Health Plans o visite nuestro sitio web que se encuentra en el Capítulo 2 de este documento para obtener la información más actualizada sobre los Proveedores de nuestra red.

Si no selecciona un PCP en el momento de la inscripción, Community First Health Plans puede elegir uno por usted. Puede cambiar su PCP en cualquier momento. Consulte “Cómo cambiar su PCP” a continuación.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de Proveedores de nuestro Plan y usted tenga que buscar un nuevo PCP.

Si desea cambiar su PCP, llame al Departamento de Servicios para miembros. Si el PCP acepta miembros adicionales, el cambio de PCP entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Recibirá una nueva Tarjeta de Identificación de miembro de Community First Health Plans que muestra este cambio.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin una derivación de su PCP

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de senos, exámenes de mamografías (radiografías de senos), pruebas de papanicolaou y exámenes pélvicos siempre que los obtenga de un Proveedor de la red.
- Vacunas antigripales y vacunas contra el COVID-19 siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia son los servicios cubiertos por el plan que requieren atención médica inmediata (pero no constituyen una emergencia) cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando, dadas las circunstancias de tiempo y lugar, no sea razonable recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de atención urgente incluyen enfermedades o lesiones médicas imprevistas, o un empeoramiento inesperado de condiciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran servicios de atención urgente, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. Los números de teléfono de Servicios para Miembros figuran en la portada de este documento).
- Suplementos para diabéticos y zapatos o suelas terapéuticas de un proveedores de la red.
- Servicios quiroprácticos siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Visitas a un especialista dentro de la red, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.

- Servicios de salud mental y / o psiquiátricos siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de podiatría siempre que los obtenga 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 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 de audición y equipos auditivos de un proveedor de la red.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen condiciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas condiciones óseas, articulares o musculares.

Si un especialista de la red quiere que regrese para recibir más atención, asegúrese de que esos servicios sean servicios cubiertos. Pregúntele a su PCP o comuníquese con Servicios para Miembros para asegurarse de que los servicios que brindará un especialista sean un beneficio cubierto.

Ni el plan ni Medicare pagarán los servicios, suministros, tratamientos, cirugías y/o terapias con medicamentos para servicios especializados cuando se requiera una autorización, pero no se obtuvo de Community First Health Plans, excepto para servicios de emergencia, servicios de urgencia, fuera de servicios de diálisis y atención de posestabilización en el área, o cuando tenga una autorización previa para un proveedor fuera de la red.

Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener más información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Consulte el Directorio de Proveedores para obtener una lista de los especialistas del plan disponibles a través de su red o puede consultar el Directorio de Proveedores en línea en el sitio web que aparece en el Capítulo 2 de este documento.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de la red de nuestro plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si lo visitó en

los últimos 3 años.

- Si cualquier otro de sus proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, actualmente recibe atención de él o lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que continúe su atención.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante el QIO, una inconformidad sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 **Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red**

La atención que reciba de proveedores fuera de la red no estará cubierta a menos que la atención cumpla con una de las tres excepciones descritas en la Sección 1.2 de este capítulo. Para obtener información sobre cómo recibir atención fuera de la red cuando tiene una emergencia médica o necesita atención urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Reciba atención si tiene una emergencia médica

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si usted está embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), pierda una extremidad, o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o derivación del PCP. No necesita usar un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que tenga la licencia estatal correspondiente, aunque no forme parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro Plan haya sido informado sobre su emergencia.** 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. Comuníquese a Servicios para Miembros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de membresía del plan.

Cobertura en el caso de una emergencia médica

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, fuera de nuestra área de servicio (Condado de Bexar). Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Si recibe servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia fuera del Condado de Bexar, es posible que deba pagar la factura en el momento en que reciba los servicios. Si el proveedor no acepta Medicare, solicite una factura o recibo detallado que muestre los servicios específicos que se le brindan. Envíe una copia de la factura detallada o un recibo detallado a Community First Health Plans para devolverle el dinero. Debe estar preparado para ayudarnos a obtener cualquier información adicional necesaria para procesar adecuadamente su solicitud de reembolso, incluidos los registros médicos.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para la atención adicional. Nuestro plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional, o
- La atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener estos servicios de urgencia.

Sección 3.2 Reciba atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los “servicios necesarios de urgencia”?

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no constituye una emergencia) se considera un servicio de atención urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si, dadas las circunstancias de tiempo, lugar y situación, no es razonable recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de atención urgente incluyen enfermedades o lesiones médicas imprevistas o un empeoramiento inesperado de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran servicios de atención urgente, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está temporalmente disponible.

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

Siempre debe tratar que los proveedores de la red le brinden los servicios de urgencia. Sin embargo, si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente y no es razonable esperar para obtener atención médica de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Revise su Directorio de Proveedores para obtener una lista de Centros de Cuidado de Urgencias dentro de la red.

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

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede obtener la atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de emergencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y urgencia fuera del Condado de Bexar en las siguientes circunstancias: servicios de emergencia, que incluyen atención de emergencia o urgente y transporte en ambulancia de emergencia desde la escena de emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso al condado de Bexar no está cubierto. Los procedimientos preprogramados y/o electivos tampoco están cubiertos. Nuestro plan no cubre los servicios de emergencia, los servicios que se necesitan con urgencia ni ningún otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Reciba atención durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) para obtener información sobre cómo obtener la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si pagó más de lo que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

El Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios; como se indica en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de dichos servicios.

Para los servicios cubiertos con limitación de beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, Community

First Health Plans cubre un examen físico de rutina por año y usted recibe ese examen físico de rutina pero elige tener un segundo examen físico de rutina en el mismo año. En este ejemplo, paga el costo total del segundo examen físico de rutina. Cualquier monto que pague después de haber alcanzado el límite del beneficio no cuenta para su desembolso máximo anual. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el desembolso máximo de su plan). Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 5 Servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un “estudio de investigación clínica” (también denominado un “ensayo clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos “estudios de investigación clínica” son aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare generalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, usted solo será responsable del costo compartido en la red por los servicios incluidos en ese ensayo. Si pagó más—por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Medicare Original—le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido en la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener aprobación de nosotros o de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCDs-CED] y estudios con exención de dispositivo experimental [IDE]). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

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

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

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

Una vez que se inscriba en un “estudio de investigación clínica” aprobado por Medicare, Medicare Original cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.

- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

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

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Su parte del costo de esta prueba es de \$20 bajo Medicare Original, pero la prueba costaría \$10 bajo nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba, y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Usted notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentaría documentación (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de \$10, la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por ninguno de los siguientes servicios:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará por tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los productos y servicios que los patrocinadores de la investigación ofrecen de manera gratuita a las personas que participan en el estudio.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio clínico

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare ([Medicare.gov](https://www.medicare.gov)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una “institución religiosa de cuidado de salud no médica”

Sección 6.1 Una institución religiosa de cuidado de salud no médica

Una institución religiosa de cuidado de salud no médica es un centro que provee atención médica para una condición que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar cubriremos la atención en una institución religiosa de cuidado de salud no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir cuidados en una institución religiosa que no ofrece servicios médicos

Para que lo atiendan en una institución religiosa que no ofrece servicios médicos, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **“no exceptuado”**.

- La atención o el tratamiento médico **“no exceptuados”** corresponden a la atención o el tratamiento médico *voluntario* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico **“exceptuados”** corresponden a la atención o el tratamiento médico que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - **- y -** debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Tiene cobertura por días ilimitados en el hospital, siempre que su estadía cumpla con las reglas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en **Atención hospitalaria** en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad del Equipo Médico Duradero

Sección 7.1 Usted no será dueño de cierto Equipo Médico Duradero después de hacer una cantidad determinada de pagos bajo nuestro plan

El Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que un proveedor ordena para que los miembros los usen en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos DME, como dispositivos protésicos. Otros tipos de equipo médico duradero (DME) deben ser alquilados.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Sin embargo, como miembro del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), generalmente, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan.** Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame al Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento) para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe proporcionar.

¿Qué sucede con los pagos que hizo por el Equipo Médico Duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Medicare Original a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que hizo mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se reincorpore a Medicare Original. Cualquier pago que haya realizado previamente (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Reglas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y sus contenidos
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja el Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver al dueño.

¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Medicare Original?

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione los servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de 5 años, puede elegir continuar con la misma compañía o cambiar a otra compañía. En este momento, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece con la misma compañía, y nuevamente deberá pagar los copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4

***Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto
y lo que le corresponde pagar)***

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1	Comprendiendo los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	43
Sección 1.1	Gastos de bolsillo que puede tener que pagar por los servicios cubiertos.....	43
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	43
Sección 1.3	No se permite que los proveedores le “facturen saldos”	43
SECCIÓN 2	La <i>tabla de beneficios médicos</i> muestra sus beneficios y costos	44
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por el plan (exclusiones)	70

SECCIÓN 1 Comprendiendo los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y muestra la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro del Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que puede tener que pagar por los servicios cubiertos

Tipos de gastos de bolsillo que es posible que deba pagar por los servicios cubiertos incluyen.

- **Deducible:** el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a cubrir su parte. (La Sección 1.2 le brinda más información sobre el deducible de nuestro plan.)
- **Copago:** el monto fijo que paga cada vez que recibe algún servicio médico. Usted paga el copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coaseguro:** el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. Usted paga el coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coaseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no pagan deducibles, copagos ni coaseguros. Si participa en uno de estos programas, asegúrese de mostrar a su proveedor un comprobante de que cumple con los requisitos para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte La tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP por sus siglas en inglés) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) es de \$3,500.**

Los montos que usted paga por copagos y coaseguros de los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y los medicamentos de la Parte D no cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de **\$3,500**, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otra entidad de terceros..

Sección 1.3 No se permite que los proveedores le “facturen saldos”

Como miembro de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), usted cuenta con una protección importante: solo tiene que pagar su monto de gastos de bolsillo cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden cobrarle cargos adicionales separados, conocidos como **facturación del saldo**. Esta protección se aplica incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que éste cobra por un servicio, y aun si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del Proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una derivación o para emergencias o servicios que requieran atención inmediata).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una derivación o para emergencias o servicios que requieran atención inmediata).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

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

En las siguientes páginas, la tabla de beneficios médicos enumera los servicios que el Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las reglas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos miembros, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan Medicare Advantage puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en el cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en el tabla de beneficios médicos con un asterisco.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de

estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2026* (Medicare y Usted 2026). También puede consultarlo en línea en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una condición médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

 Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Medicamento necesarios: se refiere a los servicios, suministros o medicamentos de atención médica necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, lesión o dolencia que sean todos los siguientes según lo determine Community First Health Plans, a nuestro exclusivo criterio:

- Siempre de acuerdo con **los estándares de práctica médica generalmente aceptados**
- Más apropiado, en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración, y considerado efectivo para su enfermedad, lesión o dolencia.
- No principalmente para su conveniencia o la de su médico u otro proveedor de atención médica.

Satisfacen, pero no exceden su necesidad médica, son al menos tan beneficiosas 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.

Los estándares de práctica médica generalmente aceptados son estándares que se basan en evidencia científica creíble publicada en literatura médica revisada por colegas. Estos son generalmente reconocidos por la comunidad médica relevante, basándose principalmente en ensayos clínicos controlados o, si no están disponibles, estudios observacionales de más de una institución que sugieren una relación causal entre el servicio o tratamiento y los resultados de salud.

Si no hay evidencia científica creíble disponible, entonces se pueden considerar los estándares que se basan en las recomendaciones de la sociedad de especialistas médicos o los estándares profesionales de atención. Community First Health Plans se reserva el derecho de consultar la opinión de un experto para determinar si los servicios de atención médica son Medicamento necesarios. La decisión de aplicar las recomendaciones de la sociedad de especialistas médicos, la elección del experto y la determinación de cuándo utilizar dicha opinión experta quedarán a nuestra entera discreción.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los Miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva
Servicios de ambulancia - Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea que incluyan servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un Miembro cuya condición es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. - El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la condición del Miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de \$250 por ambulancia terrestre (viaje de ida) 20% coaseguro para ambulancia aérea (viaje de ida) Se requiere autorización previa para transporte aéreo que no sea de emergencia
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un Plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: Procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. - Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. - Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. El Plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de \$30 por visita rehabilitación cardíaca Copago de \$35 por visita rehabilitación cardíaca intensiva Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	Copago de \$20 por visita

 Prueba de detección de cáncer colorrectal

Se cubren los siguientes exámenes de detección:

- Colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad. Se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.
- Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y se cubre cuando hayan pasado al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes de alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede cubrir una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.
- Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo, después de haber recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.
- Pruebas de sangre oculta en heces (fecal-occult blood tests) para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.
- Prueba de ADN en heces de múltiples objetivos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal basada en heces, no invasiva y cubierta por Medicare, arroje un resultado positivo.
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible planificada o colonoscopia de detección que implique la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de, y durante el mismo encuentro clínico que el examen de detección.

No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen diagnóstico.

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar

Servicios dentales

En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga por servicios dentales en un número limitado de circunstancias, especialmente cuando dicho servicio es una parte integral de un tratamiento específico de la condición médica principal de la persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, la extracción de dientes realizada en preparación para tratamiento de radiación por cáncer que afecte la mandíbula, o los exámenes orales previos a un trasplante de órgano.

No se requiere coaseguro, copago ni deducible por servicios dentales en este plan.

Además cubrimos lo siguiente:

Servicios dentales preventivos:

Exámenes bucales, limpieza, tratamientos con flúor, radiografías dentales

Beneficio dental máximo de \$1,500 por año.

Servicios dentales integrales:

Servicios no rutinarios, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales / maxilofaciales, otros servicios

Prueba de detección de depresión

Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar derivaciones o tratamiento de seguimiento.

No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.

Prueba de detección de diabetes

Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.

No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Es posible que pueda realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses, a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.

 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos

Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- | | |
|---|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. | Copago de \$0 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. | 20% de coaseguro |
| <ul style="list-style-type: none"> • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. | Copago de \$0 |

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados

(En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "Equipo Médico Duradero").

Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un Proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. 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 también está disponible en nuestro sitio web en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com).

En general, el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original 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 la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. 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 refiera a otro médico con el fin de recibir una segunda opinión).

Si usted (o su Proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del Plan, usted o su Proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su Proveedor sobre qué producto o marca es apropiado para su condición médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*)).

20% de coseguro

Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Atención de emergencia

La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:

- Son brindados por un Proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia.
- Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Los costos compartidos de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es la misma que para los servicios prestados dentro de la red.

Copago de \$90 por visita

Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe estando cubierta o debe tener su atención como paciente internado 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.

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar

 **Programas educativos sobre salud y bienestar**
Membresía de YMCA

\$0 copago

La membresía de YMCA incluye consultas de bienestar; ejercicios grupales gratuitos como Zumba, Yoga y Pilates; cuidado de niños mientras hace ejercicio; y eventos familiares

Servicios auditivos

Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su Proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro Proveedor calificado.

- Prueba/evaluación auditiva de rutina para aparatos auditivos
- Examen auditivo
- Audífonos con prescripción médica

Copago de \$0 (1 por año)

Copago de \$25

\$3,500 límite de beneficios por año

Prueba de detección de VIH

Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:

- Una prueba de detección cada 12 meses.

Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:

- Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.

No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Atención médica a domicilio

Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Servicios médicos y sociales.
- Equipos y suministros médicos.

Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare

Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Atención de hospicio

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

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor.
- Atención de alivio a corto plazo.
- Atención a domicilio.

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

Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro Plan) pagará a su

proveedor de hospicio y sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra. Usted pagará el costo compartido de Medicare Original.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan (por ejemplo, si se requiere obtener autorización previa):

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, y sigue las reglas del plan para recibir el servicio, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.
- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará la parte correspondiente bajo Medicare Original.

Para los servicios cubiertos por Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.

Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, y no por la Evidencia de cobertura de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO).

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios

de la Parte D del Plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de hospicio, usted paga costos compartidos. Si están relacionados con su condición terminal de hospicio, usted paga costos compartidos bajo Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5

Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.

 Inmunizaciones

Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes:

- Vacuna contra la neumonía.
- Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales si son médicamente necesarias.
- Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.
- Vacunas contra el COVID-19
- Otras vacunas si su salud está en riesgo y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare.

También cubrimos la mayoría de las otras vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.

No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.

***Atención hospitalaria para pacientes internados**

Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería permanentes.
- Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios).
- Medicamentos.
- Análisis de laboratorio.
- Radiografías y otros servicios radiológicos.
- Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas.
- Costos de la sala de operaciones y de recuperación.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.
- Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados.

Copago de \$170 por día para los días 1 a 6. Copago de \$0 por los días 7-90.

Usted paga estos montos hasta que alcanza el desembolso máximo.

Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Servicios cubiertos

- En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los Proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por ir a nivel local siempre que los Proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si el Plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.
- Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite.
- Servicios médicos.

Nota: para ser paciente interno, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente interno en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente interno o externo, consulte con el personal del hospital.

Obtenga más información en la hoja informativa sobre Medicare llamada beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en línea en [Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf](https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf) ó llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lo que usted debe pagar

Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la condición que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo titulado *Definiciones de palabras importantes*). Para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que ingresa en el hospital. Una transferencia a un tipo de centro diferente (por ejemplo, a un hospital de rehabilitación para pacientes internados o un hospital de cuidados a largo plazo) se considera una nueva admisión. Por cada estadía en el hospital como paciente internado, tiene cobertura por días ilimitados siempre que la estadía en el hospital esté cubierta de acuerdo con las reglas del plan.

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar

Atención de salud mental para pacientes internados

Los servicios cubiertos incluyen:

- servicios de salud mental que requieren hospitalización. 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.
- Servicios de abuso de sustancias residenciales/para pacientes hospitalizados

Copago de \$170 por día para los días 1 a 6. Copago de \$0 por días adicionales cubiertos por Medicare, hasta 90 días. Más 60 días de reserva de por vida adicionales.

Usted paga estos montos hasta que alcanza el desembolso máximo. Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos para atención de salud mental para pacientes hospitalizados. (Consulte la definición de períodos de beneficios en el capítulo titulado *Definiciones de palabras importantes*). Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que ingresa al hospital, incluso si ingresa varias veces dentro de un período de beneficios.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones: Consulte a continuación las <i>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y los Servicios y suministros terapéuticos</i>. Consulte a continuación <i>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</i>. Consulte a continuación los <i>servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</i>. Consulte a continuación los <i>Servicios del médico / practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico</i>.
*Beneficio de alimentos 60 comidas proporcionadas después de una admisión como paciente internado.	Copago de \$0 Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro Plan, cualquier Plan Medicare Advantage u Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar

Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)

Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los Planes de salud de Medicare.

El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos.

Los miembros de nuestro Plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro Plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:

- Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio.
- Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).
- Medicamentos que se administran con Equipo Médico Duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.
- El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además del costo del medicamento, puede requerir escaneos y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento, lo que podría aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre qué escaneos y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento.
- Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.
- Medicamentos para trasplante/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia de medicamentos para trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y la Parte B en el momento en que reciba los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.
- Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.

20% de coseguro

Algunas drogas y suministros relacionados pueden ser cubiertos a menos de 20% de coseguro.

Se requiere autorización para medicamentos con cargos facturados superiores a \$500 por dosis.

Continuación:

- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace.
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas.
- Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).
- Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.

También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.

El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro Plan se incluye en el Capítulo 6.

Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua

Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Consulte con su médico de atención primaria o con un profesional de la salud para obtener más información..

No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar

Servicios del programa de tratamiento para opioides

Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA)
- Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre consumo de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Pruebas toxicológicas.
- Actividades de ingreso (intake).
- Evaluaciones periódicas.

Copago de \$0 por los servicios del programa de tratamiento con opioides cubiertos por Medicare.

Pruebas de diagnóstico ambulatorias, servicios terapéuticos y suministros

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Radiografías.
- Terapia de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros.
- Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes.
- Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.
- Análisis de laboratorio.
- Sangre: , incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y glóbulos rojos empaquetados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o que la sangre sea donada por usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta utilizada.
- Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar un problema médico.
- Otros análisis de diagnóstico ambulatorio.
-

Copago de \$0

Copago de \$0 por servicio de diagnóstico general

Copago de \$0 Copago de \$150 por servicio de diagnóstico complejo

Copago de \$50 por servicio terapéutico

Copago de \$0

Copago de \$0

Copago de \$0

Copago de \$0

Se requiere autorización para ciertas tomografías PET, procedimientos de Cardiología y Medicina Nuclear, MRI/MRA (si no lo ordena un neurocirujano o un MDP ortopédico SPECT, Imágenes Tridimensionales (3D)/ATC (si no lo ordena un cardiólogo o especialista cardiorádico), estudios del sueño y monitoreo de video EEG.

Se requiere autorización para la Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT), la Radiocirugía Estereotáctica (SRS) y la Radioterapia Corporal Estereotáctica (SBRT).

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar

Observación hospitalaria ambulatoria

Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.

Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.

Nota: a menos que el Proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.

Usted también puede encontrar más información en una hoja informativa sobre Medicare llamada beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en línea en [Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf](https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf) ó llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Copago de \$175 por beneficios cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar

Servicios hospitalarios ambulatorios

Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos.
- 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 el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención.
- Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.
- Suministros médicos como entablillados y yesos.
- Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.

Nota: a menos que el Proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.

Usted también puede encontrar más información en una hoja informativa sobre Medicare llamada beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en línea en [Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf](https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf) ó llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana..

El costo compartido de los servicios hospitalarios de OP varía según el beneficio específico.

La cirugía ambulatoria está sujeta a un copago de \$175 por procedimiento.

Otro paciente ambulatorio está sujeto a un coseguro del 20% por otros servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.

Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Atención ambulatoria de salud mental

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional licenciado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT), enfermero practicante (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de cuidado de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.

Los servicios incluyen sesiones individuales y grupales cubiertas por Medicare

Copago de \$15 por beneficios cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).	Copago de \$25 para terapias físicas y del habla Copago de \$30 para terapia ocupacional
Servicios ambulatorios para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias Tratamiento y asesoramiento ambulatorios por abuso de sustancias.	Copago de \$30 Usted paga estos montos hasta que alcanza el desembolso máximo.
*Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y en centros quirúrgicos ambulatorios Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el Proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el Proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".	Copago de \$175 Usted paga estos montos hasta que alcanza el desembolso máximo. Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.
*Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, , consultorio de terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o de consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.	Copago de \$45 por día para beneficios cubiertos por Medicare Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Registros virtuales breves • Evaluación de video o imágenes que usted envía a su médico • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico si no es un paciente nuevo. • Segunda opinión antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	Copago de \$0 para ver a su PCP Copago de \$15 para ver a un especialista
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas condiciones que comprometen las extremidades inferiores.	Copago de \$30 20% de coseguro
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del Antígeno Prostático Específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
*Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (excepto dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Estos incluyen, pero no se limitan a, pruebas, adaptaciones o entrenamiento en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, así como la reparación y/o reemplazo de dichos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o cirugía de cataratas; consulte la sección de “Cuidado de la vista” más adelante en esta tabla para más detalles..	20% de coaseguro Se requiere autorización para prótesis con una compra minorista o un costo de alquiler acumulativo de más de \$1,000
*Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. • Servicio de rehabilitación cardíaca • Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca • Servicios de rehabilitación pulmonar	Copago de \$30 Copago de \$35 Copago de \$15
 Detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar

Detección de cáncer de pulmón con Tomografía Computarizada de Baja Dosis (LDCT)

Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una Tomografía Computarizada de Baja Dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.

Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:

tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas.

Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT: los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.

No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Detección de la infección por el virus de la hepatitis C

Cubrimos una detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica autorizado la solicita y usted cumple con una de estas condiciones:

- Tiene un alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas inyectables.
- Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945 y 1965.

Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, cubrimos una detección una sola vez. Si se le considera de alto riesgo (por ejemplo, si ha seguido usando drogas ilícitas inyectables después de una prueba previa negativa de hepatitis C), cubrimos una detección anual.

No se requiere coaseguro, copago ni deducible para la detección de hepatitis C cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
 Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS, cuando las ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual intensivo, cara a cara, de 20 a 30 minutos cada una, por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico..	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ITS y asesoramiento para prevenir ITS cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
Servicios en un centro de Atención de Enfermería Especializada (skilled nursing facility, SNF) (Consulte el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “Centro de Atención de Enfermería Especializada”, que suele denominarse “SNF”, por “Skilled Nursing Facility”). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del Plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza únicamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o contar con que la sangre sea donada por usted o por otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNFs. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNFs. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNFs. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNFs. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, la atención en los SNFs la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea Proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	Se requiere una estadía mínima de tres días como paciente hospitalizado 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 20 Copago de \$170 por día para los días 21 a 100 Su Proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa

Servicios cubiertos

Lo que usted debe pagar

Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)

El asesoramiento para dejar de fumar y de usar tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios:

- Usar tabaco, sin importar si presentan o no signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco.
- Estar en condiciones de comprender y participar activamente durante el asesoramiento.
- Que el asesoramiento sea brindado por un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare.

Cubrimos 2 intentos por año para dejar de fumar o de usar tabaco (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas), con un total de hasta 8 sesiones por año.

No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios de urgencia

Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata, pero que no sea una emergencia, se considera un servicio de atención urgente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, aun estando dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dadas las circunstancias de tiempo, lugar y situación, recibir este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de atención urgente y solo cobrarle el costo compartido de la red. Ejemplos de servicios de atención urgente incluyen enfermedades o lesiones médicas imprevistas, o un empeoramiento inesperado de condiciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran servicios de atención urgente, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Copago de \$25 por cada visita

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar
 Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Copago de \$25 para exámenes de la vista para tratar condiciones de los ojos Copago de \$0 (1 por año) para exámenes de la vista de rutina Copago de \$0 (límite de beneficio de \$300 cada año) para anteojos
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.

SECCIÓN 3

Servicios que no están cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el Plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.		✓
Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro Plan y Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		Medicare Original puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su Plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Habitación privada en el hospital.		✓
		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar. Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
*El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓
		- Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. - Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Cuidado de rutina de los pies.		✓ Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las reglamentos de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Zapatos ortopédicos.		✓ Salvo que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte de pierna o los zapatos sean para una persona con enfermedad de pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Acupuntura.		✓
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	

*El cuidado de asistencia es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

***Usar la cobertura del plan para sus
medicamentos de la Parte D***

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción	76
Sección 1.1	Reglas básicas de la cobertura de la Parte D de nuestro plan	76
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del Plan	76
Sección 2.1	Farmacias de la red	76
Sección 2.2	Servicio de pedido por correo de nuestro plan	77
Sección 2.3	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	78
Sección 2.4	Usar una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan.	79
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de Medicamentos” de nuestro plan	79
Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	79
Sección 3.2	Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos	81
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura.	81
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	81
Sección 4.2	Tipos de restricciones	82
Sección 5.1	Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto.	82
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de Medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?	83
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?	84
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	85
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	87
Sección 8.1	Muestre la tarjeta de miembro.	88
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	88
Sección 9.1	En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una estadía que esté cubierta por nuestro plan	88
Sección 9.3	Si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados.	88
Sección 9.4	Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare.	89
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos.	89
Sección 10.1	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides.	90
Sección 10.2	Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	90

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Reglas básicas para cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos mientras siga estas reglas:

- Debe tener un proveedor (médico, dentista u otro prescriptor) que le recete un medicamento, con una receta válida según la ley estatal aplicable.
- Su prescriptor no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Generalmente debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2).
- Su medicamento debe estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre indicaciones médicamente aceptadas).
- Su medicamento puede requerir aprobación de nuestro plan basada en ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para más información).

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del Plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el Plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de Medicamentos del Plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web MedicareAlamo.com, o llame al Departamento de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita resurtir un medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un Proveedor le escriba una receta nueva o que su receta se transfiera a la farmacia nueva de la red.

Si la farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red de nuestro plan, usted deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de

Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento) o busque en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com).

Farmacia especializada

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un Centro de Atención a Largo Plazo (LongTerm Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Departamento de Servicios para miembros.
- Farmacias que brindan servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar 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 condición médica crónica o prolongada.

El servicio de pedido por correo del Plan requiere que solicite **al menos un suministro del medicamento para 30 días y para no más de 90 días**.

Birdi es la farmacia de pedidos por correo recomendada por Community First Health Plans. No es obligatorio que usted utilice Birdi para obtener un suministro de sus medicamentos de mantenimiento. El primer pedido requerirá que se registre en el sitio en línea de Birdi disponible en BirdiRx.com/Mail-order/How-it-works. Si tiene preguntas sobre el pedido por correo de medicamentos de mantenimiento y cómo comenzar, llame al 1-855-247-3479 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 de la mañana a 8 de la noche tiempo del este y los sábados de 9:00 de la mañana a 5 de la tarde tiempo del este.

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 Centro de Ayuda de Farmacia al (866) 333-2757, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene algún problema, pregunta, inquietud o necesita una autorización especial para una receta retrasada.

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, un farmacéutico se comunicará con usted para ver si desea que le surtan el medicamento inmediatamente o en un momento posterior. 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 comunique 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.

Asegúrese de informar a la farmacia la mejor manera de comunicarse con usted para que puedan confirmar su pedido antes del envío. Puede hacerlo comunicándose con la farmacia de pedidos por correo al 1-855-247-3479 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 de la mañana a 8 de la noche., hora del este de los Estados Unidos, y los sábados de 9:00 de la mañana a 5:00 de la tarde, hora del este de los Estados Unidos, para configurar sus preferencias de comunicación.

Sección 2.3 **Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo**

Nuestro plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de Medicamentos del Plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una condición crónica o a largo plazo).

1. **Algunas farmacias minoristas** de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

2. Usted puede usar los **servicios de pedido por correo** de la red del Plan. El servicio de pedido por correo del Plan permite que solicite hasta un suministro de 90 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.4 Usar una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede usar una farmacia de la red. Además, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. Revise primero con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) para saber si hay una farmacia de la red cerca de usted.

Cubrimos los medicamentos con receta surtidas en una farmacia fuera de la red solo bajo estas situaciones:

- **Medicamentos recetados para 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.
- **Cobertura al viajar o fuera del área de servicio.** Cuando viaja dentro de los EE. UU., Tiene acceso a las farmacias de la red en todo el país. Lleve consigo sus recetas y medicamentos y asegúrese de consultar el directorio de farmacias para conocer sus Planes de viaje y localizar una farmacia de la red mientras viaja. Si sale del país, es posible que pueda obtener un suministro diario mayor para llevarlo antes de salir del país donde no hay farmacias de la red disponibles.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro del área de servicio porque no hay una farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil que brinde servicio las 24 horas.
- Si está tratando de surtir un medicamento recetado que no se encuentra regularmente en stock en una farmacia minorista accesible de la red o en una farmacia preferida de pedido por correo (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
- Si necesita una receta mientras es un paciente en un departamento de emergencias, una clínica basada en un Proveedor, una cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio.

En estos casos, **primero consulte con Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la portada de este documento). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Si tiene que usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7, para obtener información sobre cómo solicitar que nuestro plan le reembolse.) Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

Nuestro plan tiene una “Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)”. En esta Evidencia de cobertura, **la denominamos la “Lista de Medicamentos”**.

Los medicamentos en la lista son seleccionados por nuestro plan con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de Medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D.

Los medicamentos en la lista son seleccionados por médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de Medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento *que esté en una de estas condiciones*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el diagnóstico o la condición para la cual ha sido recetado o
- Avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas condiciones médicas, pero se consideran no incluidos en la lista (non-formulary) para otras condiciones médicas. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de Medicamentos y en Medicare.gov, junto con las condiciones médicas específicas que cubren.

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

Un medicamento de marca es un medicamento de prescripción vendido bajo un nombre registrado propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto puede significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento de recetado que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. En general, los genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, tal como los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

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

Medicamentos que no estan en la Lista de Medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

Sección 3.2 Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del Plan se encuentran en uno de los *cinco* niveles de costo compartido. 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 está su medicamento, consulte la Lista de Medicamentos del plan. El monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos

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

1. Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo. La Lista de Medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con más frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para Miembros para averiguar si lo cubrimos.
2. Visite el sitio web del Plan MedicareAlamo.com. La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de Medicamentos del Plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono del de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

Si un medicamento es seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del Plan están destinadas a alentarle a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que un mismo medicamento puede variar según la concentración, la cantidad o la forma recetada por su Proveedor de atención médica y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos

compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, una vez al día en comparación con dos veces al día, tableta en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que nuestro plan cubra el medicamento. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento) para saber qué puede hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que eliminemos la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que haga una excepción. Es posible que no aceptemos eliminar la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la autorización del Plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su Proveedor deben obtener la autorización del Plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **“autorización previa”**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Puede obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento) o en nuestro sitio web [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com).

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de usar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que el Plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **“tratamiento escalonado”**. Puede obtener los criterios de terapia escalonada de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento) o en nuestro sitio web [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com).

Limitaciones de la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted desea

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto

Esperamos que su cobertura para medicamentos sea adecuada para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente o un medicamento que usted y su Proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. o tal vez una versión genérica del medicamento tenga

cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.

- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el Plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto, para ver si funciona, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O se puede limitar la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser. El Plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los *cinco* diferentes niveles de costos compartidos. El monto que pague por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted le gustaría que estuviera cubierto. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su Proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al Plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el Plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su Proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser de uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de Medicamentos del Plan**.
- -- O bien, -- el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el Plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el Plan si es miembro nuevo en el Plan y durante los primeros 90 días del año calendario si estuvo**

en el Plan el año pasado. Este suministro temporal será para un máximo de *30 días*. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de *30 días* del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que han sido miembros del Plan por más de 90 days y residen en un Centro de Atención a Largo Plazo (LongTerm Care, LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.

- **Para aquellos miembros que experimenten un cambio de nivel de atención, permitiremos un suministro de transición de medicamentos de hasta 31 días. Un cambio en el nivel de atención puede incluir:**

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

Para pedir un suministro temporal, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su Proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el Plan o solicitarle al Plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su Proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el Plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para miembros y pedir una Lista de Medicamentos cubiertos que traten la misma condición. Esta lista puede ayudar a su Proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la portada de este documento).

Puede solicitar una excepción

Usted y su Proveedor pueden solicitarle al Plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su Proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su Proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al Plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de Medicamentos del Plan. O puede pedirle al Plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su Proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su Proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para miembros y pedir una Lista de Medicamentos cubiertos que traten la misma condición. Esta lista puede ayudar a su Proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la portada de este documento).

Puede solicitar una excepción

Usted y su Proveedor pueden solicitar al Plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su Proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su Proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su Proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Los medicamentos de especialidad de nuestro nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto del costo compartido de los medicamentos en estos niveles.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan podría hacer cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información sobre esos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea con regularidad. A veces, recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que usted toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que pueden afectarlo este año

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o hacer cambios inmediatos a un medicamento similar en la Lista de Medicamentos**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, lo movamos a un nivel de copago diferente, agreguemos nuevas restricciones o hagamos ambas cosas. La nueva versión del medicamento

estará en el mismo nivel de copago o en uno menor, con las mismas o menos restricciones..

- Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
- Es posible que hagamos estos cambios de inmediato y le informemos después, incluso si usted toma el medicamento que eliminamos o al que hicimos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que se haya hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o hacer cambios a un medicamento similar en la Lista de Medicamentos**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, es posible que eliminemos un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, lo movamos a un nivel de copago diferente, agreguemos nuevas restricciones o hagamos ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de copago o en uno menor y con las mismas o menos restricciones
 - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de [insertar límite de suministro (debe ser al menos el número de días de un suministro de un mes según nuestro plan)] días de la versión del medicamento que esté tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, es posible que eliminemos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si usted toma ese medicamento, le informaremos después de realizar el cambio.
- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de Medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted esté tomando. Por ejemplo, basados en advertencias de caja de la FDA o nuevas guías clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que esté tomando.

Si hacemos cambios en cualquiera de los medicamentos que usted toma, hable con su prescriptor sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluyendo cambiar a un medicamento diferente para tratar su condición, o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con cualquier nueva restricción sobre el medicamento que toma. Usted o su prescriptor pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que utiliza. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que usted esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que *no* cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el Plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro Plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro Plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta de un medicamento (“off-label”) cuando dicho uso no esté respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System. El uso no indicado en la etiqueta se refiere a cualquier uso del medicamento que no esté incluido en la etiqueta aprobada por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Además, **si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos**, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un Plan de medicamentos con receta de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para surtir su medicamento con receta, muestre la información de membresía de nuestro plan (que se encuentra en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan la parte correspondiente del costo de su medicamento. Usted debe pagar a la farmacia su parte del costo al recoger su receta.

Si no tiene la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtenerla, o puede pedirle a la farmacia que consulte la información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado al recogerlo**. Luego puede **solicitarlo que el reembolso** de la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan con todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LongTerm Care, LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

Si usted es residente en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no esté en nuestra Lista de Medicamentos o que tenga alguna restricción, vaya a la Sección 5 para obtener información sobre cómo conseguir un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador, el de su cónyuge o pareja doméstica, o de un grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Ellos pueden ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro Plan.

En general, si usted tiene cobertura a través de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos con receta que le brindemos será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditable”.

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**”, quiere decir que nuestro plan incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, pida una copia al administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio certificado por Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o medicamentos para la ansiedad) que no están cubiertos por el hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de parte del médico que receta el medicamento o del proveedor del hospicio que confirme que el medicamento no está relacionado, antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en obtener estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor del hospicio o a su médico que envíen la notificación antes de surtir su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.

- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su Proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podemos comunicarnos con sus médicos para asegurarnos de que el uso de estos medicamentos sea adecuado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés), las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinada(s) farmacia(s).
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinado(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga las recetas solo de un médico o una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y de proporcionarnos cualquier otra información que considere importante. Después de que tenga la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando alguna parte de su solicitud sobre las limitaciones que afectan su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No se le incluirá en nuestro Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, por sus siglas en inglés) si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si recibe cuidados de hospicio, paliativos o de fin de vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

El programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y los costos de sus medicamentos son elevados podrían obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar

sus medicamentos, sus costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, con espacio para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

Es una buena idea hacer una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su Plan de acción y Lista de Medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros Proveedores de atención médica. También lleve su Lista de Medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y lo retiraremos del programa. Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

CAPÍTULO 6

***Lo que le corresponde pagar por los
medicamentos de la Parte D***

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la parte D

SECCIÓN 1	Introducción	96
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos	96
Sección 1.2	Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos...	97
Sección 1.3	Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo.....	97
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que esté al obtener el medicamento	98
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan?	98
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	99
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”).....	99
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos	100
SECCIÓN 4	Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5	101
Sección 4.1	Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado \$200 por sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5	101
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	101
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene.....	101
Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para un mes de un medicamento	102
Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo.....	103
Sección 5.4	Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento a largo plazo (hasta 90 días)	104
Sección 5.5	Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,000	105
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D	106
Sección 6.1	Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año	106
SECCIÓN 7	Información de beneficios adicionales	106
Sección 7.1	Nuestro plan ofrece beneficios adicionales	106
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las recibe.	106



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

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Anexo de Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta”, también denominada Subsidio por bajos ingresos o Anexo LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos.. Si no tiene este inserto, comuníquese con Servicios para Miembros y pida el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos an en la contraportada de este documento).

En este capítulo usamos la palabra “medicamento” para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información sobre pagos, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, en qué farmacias puede surtir sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir al recibir sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando use la herramienta de beneficios en tiempo real (Real-Time Benefit Tool) de nuestro plan en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) para buscar la cobertura de medicamentos, el costo que verá es una estimación de gastos de bolsillo que usted pagará. También puede obtener la información de la herramienta “Real-Time Benefit Tool” llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos que puede pagar

Existen tres tipos diferentes de gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El “**copago**” es un monto fijo que usted paga cada vez que surte un medicamento con receta.
- El “**coaseguro**” es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre qué cuenta y qué no cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un control de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de deducible
 - La etapa de cobertura inicial

- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado mediante la Ayuda Adicional de Medicare
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service), programas de asistencia para medicamentos para el VIH/SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de **\$2,100** en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos por sus medicamentos que realiza la administración de salud para veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, la compensación de los trabajadores)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos bajo el programa de descuento para fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Registro de sus gastos totales de bolsillo

- El informe de explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcanza a **\$2,100**, el EOB de la Parte D le indicará que ha salido de la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.]

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los Miembros del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO)

Existen 3 etapas de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos bajo Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). Cuánto paga por cada receta depende de en qué etapa se encuentre cuando se surta o se renueve la receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**

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

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Existen dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- **Gastos de bolsillo:** esta es la cantidad que usted pagó. Incluye lo que pagó al recibir un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago que hicieron sus familiares o amigos por sus medicamentos, y los pagos hechos por programas como Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAPs).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.
- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará aumentos porcentuales acumulativos para cada reclamación de medicamento con receta.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento con receta que puedan estar disponibles.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a confirmar cuáles medicamentos recetados surte y cuánto paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, usted puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En esos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los gastos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro, puede darnos copias de los recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.

- Cuando paga un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia de medicamentos para el SIDA, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). También puede ver su EOB en línea en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Pagará un deducible anual de \$200 en medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 4 y Nivel 5** hasta que alcance el monto deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. El "**costo total**" suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos. El costo total no puede ser mayor que el precio justo máximo más las tarifas de despacho para los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$200 por los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, sale de la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el copago o monto de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los *cinco* niveles de costo

compartido. 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 está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y cómo surtir sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este documento y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan.

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

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

- El “**copago**” es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El “**coaseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina** - No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que está su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento o el monto del copago, *el que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- **Su costo compartido cuando recibe un suministro para un mes de un medicamento cubierto por la Parte D:**

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LongTerm Care, LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para hasta 29 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de \$5	Copago de \$5	Copago de \$5	Copago de \$5
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$47	Copago de \$47	Copago de \$47	Copago de \$47
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	30% de coaseguro	30% de coaseguro	30% de coaseguro	30% de coaseguro

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. En algunos casos, usted o su médico pueden pedir que reciba un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando esta probando un medicamento por primera vez). Usted puede pedir a su médico que lo recete y a su farmacéutico que lo surta en menor cantidad si esto le ayuda a planear mejor las fechas de resurtido.

Si obtiene menos de un suministro de un mes completo de determinados medicamentos, usted no tendrá que pagar por un suministro completo de un mes.

- Si usted es responsable de pagar un coaseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coaseguro se basa en el costo total del medicamento, su gasto será menor si el costo total del medicamento es menor.

- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo paga por los días de medicamento que recibe, en lugar de por un mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por el número de días que recibe.

Sección 5.4

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es para hasta 90 días. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo (para hasta 90 días).

- Por favor, tenga en cuenta: si el costo del medicamento cubierto es menor al monto de copago indicado en la tabla, usted pagará el precio que sea más bajo por el medicamento. Paga el precio completo del medicamento o el monto del copago, **el que sea menor**.

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de \$12.50	Copago de \$12.50
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$117.50	Copago de \$117.50
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	25% de Coseguro	25% de Coseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	N/A	N/A

Sección 5.5

Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al **límite de \$2,100 para la Etapa de cobertura inicial**.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, han gastado en usted durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de desembolso personal de \$2,100 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para mas información sobre como Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura catastrófica

En la Etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus costos de desembolso personal han alcanzado el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que se encuentra en esta etapa, permanecerá en ella hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales

Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan no ofrece ningún beneficio adicional que no esté incluido en las secciones anteriores.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en 2 partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna**. (A veces, esto se le llama la administración de la vacuna).

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

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada comité asesor sobre prácticas de inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no tienen costo alguno.
2. **Dónde se vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico o la médica.
3. **Quién le administra la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico o la médica.

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

- Cuando recibe una vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, pagará solo su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

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

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si usted tiene esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico/a.

- Cuando usted recibe la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrársela.
- Luego puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su copago o coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7

***Solicitar que paguemos
nuestra parte de la factura
por servicios médicos
o medicamentos cubiertos***

**Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que
usted rec**

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.	110
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	112
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	112
Sección 3.1	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación.	112

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitar que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, notará que ha pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan o recibirá una factura de un proveedor. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama “reembolsar”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

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

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir atención de emergencia o servicios de urgencia de cualquier proveedor, esté o no en nuestra red. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar la parte que le corresponde del costo por los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, solicite que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Envíenos la factura junto con los comprobantes de cualquier pago que haya efectuado.
- Puede que reciba una factura del proveedor pidiéndole un pago que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con comprobantes de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si usted ya pagó más de la parte que le correspondía, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, llamados “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- 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 pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con

la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos comprobantes, tales como recibos y facturas, para que podamos coordinar su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos recetados

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos recetados.

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

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

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 del plan. Si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que el precio negociado por nosotros para la receta.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento recetado porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que el precio negociado por nosotros para la receta.
- Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. A esto se le llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si negamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que

recibió

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y comprobantes de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario (Form 1490S – Patient's Request for Medical Payment) de nuestro sitio web MedicareAlamo.com o llame a Servicios para miembros y pida el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

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

Medical or Prescription Drug Payment Requests
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 de la Parte B.

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.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan ..	117
Sección 1.1	Como miembro, tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, los proveedores y las instalaciones de nuestra red, y los derechos y responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.).....	117
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos .	117
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos	124
Sección 1.5	Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica	124
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado .	129
Sección 1.7	Si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados	130
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	130
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	130

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Como miembro, tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, los proveedores y las instalaciones de nuestra red, y los derechos y responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este documento).

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural y orígenes étnicos. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) o contacte a su Asesor de miembros.

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

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

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con Servicios para miembros para obtener información adicional.

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

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) dentro de la red del plan, que le brinde y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una derivación.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos

le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

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

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos proporcione cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se usa su información de salud. Le damos un aviso por escrito, llamado “Aviso sobre prácticas de privacidad”, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones indicadas abajo, si tenemos la intención de dar su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre primero.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales. Por lo general, esto requiere que no se comparta información que lo identifique directamente.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros.

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo usted puede acceder a esta información. **Revísela con cuidado.**

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Recibir una copia de su historial médico y de reclamos.

- Usted puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica que tengamos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días después de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos el historial médico y de reclamos.

- Usted puede solicitar que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dicha información es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decirle “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales.

- Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decirle “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos.

- Usted puede solicitar que no utilicemos ni compartamos cierta información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decirle “no” si esto afectara su atención médica.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.

- Usted puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones permitidas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los siguientes 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad.

- Usted puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si aceptó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre.

- Si usted le ha otorgado a alguien autoridad legal para representarlo en temas médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos.

- Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información anterior.
- Usted puede presentar una queja ante la oficina de derechos civiles del departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos enviando una carta a: 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando [HHS.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información médica, usted puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos

Si usted tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de una catástrofe.
- Contactarlo para los esfuerzos de recaudación de fondos.
- No compartir su información.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para su beneficio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

Usted puede elegir no compartir su información. Si usted no comparte su información, su proceso de aplicación puede ser afectado. También esto puede afectar su acceso a nuestros sitios en Internet.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.

Su Información de Identificación Personal (PII)

PII se refiere a la información que se puede usar para identificarlo, ya sea sola o combinada con otra información.

- Al utilizar nuestros sitios en Internet, nos da permiso para recopilar su PII.
- Cuando busca o solicita un seguro de salud, proveer su PII es voluntario.

PROTECCIONES INTERNAS DE LA INFORMACIÓN ORAL, ESCRITA Y ELECTRÓNICA DE LA SALUD

Contamos con protecciones para la información oral, escrita y electrónica en toda la organización.

Estas son algunas de las formas en que protegemos su información de la salud:

- Capacitamos a nuestro personal para seguir nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos de su información de salud sólo por motivos comerciales con personas que necesitan saberla.
- Mantenemos segura su información de salud cuando la enviamos o la almacenamos electrónicamente.
- Usamos tecnología para evitar que las personas equivocadas accedan a su información de salud.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo usamos o compartimos su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.

Pagar por sus servicios médicos

- Podemos usar y compartir su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.

Administrar su plan

- Podemos compartir su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, como:
 - ✓ Prevención de enfermedades.
 - ✓ Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - ✓ Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - ✓ Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - ✓ Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos usar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de privacidad federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos usar o compartir su información médica:
 - ✓ En reclamos de compensación de trabajadores.
 - ✓ A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - ✓ Con agencias de supervisión de salud para las actividades autorizadas por ley.
 - ✓ En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de esta.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio en Internet, y le enviaremos una copia por correo.

Efectivo: 1 de enero del 2024

Preguntas sobre este aviso

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, sobre nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su información de salud protegida (PHI), o sobre cómo ejercer sus derechos, puede comunicarse con nosotros por escrito o por teléfono usando la información de contacto que se encuentra a continuación.

Community First Health Plans

Attn: Privacy Official

12238 Silicon Drive, Suite 100

San Antonio, TX 78249

Teléfono: 1-800-434-2347

TTY: 711

Correo electrónico: privacy@cfhp.com

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). (Los usuarios de TTY llamen al 1-877-486-2048):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 ofrecen información sobre servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 ofrecen información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 ofrece información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene limitaciones. El Capítulo 9 también explica cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama apelación.

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

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus medicamentos y de otros proveedores de atención médica cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento de *una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo usted puede acceder a esta información. **Revísela con cuidado.**

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Recibir una copia de su historial médico y de reclamos.

- Usted puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica suya que tengamos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos el historial médico y de reclamos.

- Usted puede solicitar que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales.

- Usted puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos.

- Usted puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.

- Usted puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad.

- Usted puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre.

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

("SUS DERECHOS" continúa en la próxima página.)

SUS DERECHOS continuado

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos.

- Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información anterior.
- Usted puede presentar una queja ante la oficina de derechos civiles del departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos enviando una carta a: 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

SUS OPCIONES

Para determinada información médica, usted puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si usted tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Contactarlo para los esfuerzos de recaudación de fondos.
- No compartir su información.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

Usted puede elegir no compartir su información. Si usted no comparte su información, su proceso de aplicación puede ser afectado. También puede afectar su acceso a nuestros sitios en Internet.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.

Su Información de Identificación Personal (PII)

PII se refiere a la información que se puede usar para identificarlo, ya sea sola o combinada con otra información.

- Al utilizar nuestros sitios en Internet, nos da permiso para recopilar su PII.
- Cuando busca o solicita un seguro de salud, proveer su PII es voluntario.

PROTECCIONES INTERNAS DE LA INFORMACIÓN ORAL, ESCRITA Y ELECTRÓNICA DE LA SALUD

Contamos con protecciones para la información oral, escrita y electrónica en toda la organización.

Estas son algunas de las formas en que protegemos su información de la salud:

- Capacitamos a nuestro personal para seguir nuestros procesos de privacidad y seguridad.
- Exigimos a nuestros socios comerciales que sigan procesos de privacidad y seguridad.
- Mantenemos nuestras oficinas seguras.
- Hablamos de su información de salud sólo por motivos comerciales con personas que necesitan saberla.
- Mantenemos segura su información de salud cuando la enviamos o la almacenamos electrónicamente.
- Usamos tecnología para evitar que las personas equivocadas accedan a su información de salud.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.

Pagar por sus servicios médicos

- Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.

Administrar su plan

- Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES continuado

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de privacidad federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de esta.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio en Internet, y le enviaremos una copia por correo.

Efectivo: 1 de enero del 2024

Oficial de Privacidad: Kethra Barnes
Correo electrónico: privacy@cfhp.com
Teléfono: 1-800-434-2347

significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Los documentos, como el “**testamento vital**” y el “**poder de representación para la atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer una “instrucción anticipada” para dar a conocer sus instrucciones:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Completar una “instrucción anticipada” es su decisión (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si sus instrucciones no se siguen

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante **la agencia estatal específica correspondiente (como 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.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Cualquier acción que tome - solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación, o hacer una queja - estamos obligados a tratarle de manera justa.

Sección 1.7 Si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 18003681019 (TTY 18005377697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando de estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).
- **Llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)** al 1-800-252-9240.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- Llame a **Servicios para Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).
- Llame al **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)** al 1-800-252-9240. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-29-89)
- Comuníquese con **Medicare**.
 - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación "Derechos y protecciones de Medicare" (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos. En este documento *Evidencia de cobertura* sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.

- Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
- Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos recetados, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Dígalos al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**

- Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
- Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si usted tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando la prima de su Medicare Parte B para mantenerse como miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, avise al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones,

SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	133
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	133
SECCIÓN 3	Qué proceso debe utilizar para su problema	133
SECCIÓN 4	Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones	135
Sección 4.2	Normas y plazos para diferentes situaciones	137
Sección 5.1	Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención	137
Sección 5.5	Si está solicitando que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por atención médica	142
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	143
Sección 6.1	Qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D	143
Sección 6.2	Solicitar una excepción	144
Sección 6.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones	145
Sección 6.4	Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	145
Sección 6.5	Cómo presentar una apelación de Nivel 1	147
Sección 6.6	Cómo presentar una apelación de Nivel 2	149
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	151
Sección 7.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos	151
Sección 7.2	Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	152
Sección 7.3	Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital	154
SECCIÓN 8	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	155
Sección 8.1	Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura	155
Sección 8.2	Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo	155
Sección 8.3	Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo	157
SECCIÓN 9	Llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5	158
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	158
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D	159
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	160
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?	160
Sección 10.2	Cómo presentar una queja	161

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de mejoras de
calidad 162

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 162

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**. (también llamadas reclamaciones).

Ambos procesos han sido autorizado por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

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

Sección 1.1 Los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

No obstante, a veces, es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información correcta, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted. Estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). En algunas situaciones, también puede necesitar ayuda o orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores calificados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

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

- Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para su problema

- **¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?**

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

- **Sí.**

Consulte la **Sección 4, “Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

- **No.**

Consulte la **Sección 10, “Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte D, incluyendo el pago). Para simplificarlo, generalmente nos referimos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos de la Parte B de Medicare como “atención médica”. Usted utiliza el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos como si algo está cubierto o no, y la forma en que se cubre.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación. Por ejemplo, si un médico de nuestra red lo deriva a un especialista que no pertenece a la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista, o que la Evidencia de Cobertura indique claramente que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura si el médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular, o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera necesaria.

En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura puede ser rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza una solicitud incluyen: si la solicitud está incompleta; si alguien la hace en su nombre pero no tiene autorización legal; o si usted solicita que se retire la solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó y cómo puede solicitar una revisión de este rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que determinamos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagaremos. En algunos casos, podemos decidir que cierta atención médica no está cubierta o ya no está cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación acelerada o rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación será revisada por personas distintas de quienes tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Cuando completamos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de Apelación de Nivel 1 puede ser rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza una solicitud incluyen: si la solicitud está incompleta; si alguien la hace en su nombre pero no tiene autorización legal; o si usted solicita que se retire la solicitud. Si rechazamos una solicitud de Apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se

rechazó y cómo puede solicitar una revisión de este rechazo.

Si rechazamos total o parcialmente su Apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una Apelación de Nivel 2, realizada por una Organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una Apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica a Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su Apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se explican más adelante en la Sección 6.

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

Sección 4.1 Obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros a (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". (El formulario está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMSForms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMSForms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf)).
- Para la atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Usted puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) y pida el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [CMS.gov/Medicare/CMSForms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMSForms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com)). Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a pedir que la Organización de revisión independiente revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, usted **no está obligado a contratar a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 5** “Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6** “Sus medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio [Outpatient Rehabilitation Facility, [CORF]]).

Si no está seguro de cuál información le corresponde, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). También puede obtener ayuda del programa SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios atención médica se describen en el Capítulo 4 en la *Tabla de beneficios médicos*. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento de la Parte B son diferentes de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica

a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), Consulte la Sección 7 y 8. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica, se llama “**determinación de la organización**”. Una decisión rápida de cobertura se denomina determinación acelerada.

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de 7 días calendario cuando el servicio o artículo médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás servicios y artículos médicos, o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de 72 horas para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Solo puede solicitar cobertura para artículos y/o servicios médicos (no para pagos de artículos y/o servicios que ya recibió).
- Solo puede recibir una decisión de cobertura rápida si usar los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para recuperar funciones.

Si su médico nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le otorgaremos la decisión rápida.

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

- Explica que usaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico solicita la decisión rápida, automáticamente se le otorgará.
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida que solicitó.

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

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

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

Para decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándar:

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de 7 días calendario después de recibir su solicitud para un artículo o servicio médico sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a las normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de recibirla.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomar**

hasta 14 días calendario adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para decisiones sobre medicamentos de la Parte B.

- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso de queja es diferente al de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para información sobre quejas.)

Para decisiones de cobertura rápida usamos un plazo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos tomar hasta **14 días calendario** adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para decisiones sobre medicamentos de la Parte B.
- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 para información sobre quejas.) Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es no a parte o toda su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

Paso 4: Si nuestra respuesta es que “no” a su solicitud de cobertura médica, puede presentar una apelación

- Si decimos que no, usted tiene derecho a solicitarnos reconsiderar esta decisión mediante una apelación. Esto significa pedir nuevamente la cobertura médica que desea. Si presenta una apelación, estará ingresando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina “**reconsideración**” del plan. Una “apelación rápida” también se denomina “**reconsideración acelerada**”.

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

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

- Si usted está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de su atención médica, usted y/o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura en la Sección 5.2.

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

- **Si está pidiendo una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

- **Si está pidiendo una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos.** También puede pedir una apelación llamándonos al número de teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1 (Cómo contactarnos cuando pide una decisión de cobertura o hace una apelación o queja sobre su atención médica).
- **Debe hacer su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón, explique el motivo de su retraso cuando haga la apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de buena causa incluyen una enfermedad grave que le impidió contactarnos, o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para pedir una apelación.
- **Usted puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos cuidadosamente toda la información. Revisamos si seguimos todas las normas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Reuniremos más información si es necesario y podemos comunicarnos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período extendido si tomamos más días), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
 - **Si nuestra respuesta es “sí” a todo o parte de lo que pidió**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
 - **Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que pidió**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su condición de salud lo requiere.
 - Si usted pide más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para decidir si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si usted cree que no deberíamos tomar más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Vea la Sección 10 de este capítulo para información sobre quejas).

- Si no le damos una respuesta dentro del plazo (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a parte o todo de lo que pidió**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o en un plazo de 7 días calendario si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan dice “no” a parte o toda su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces se denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”).

La **Organización de revisión independiente es una organización independiente** contratada por Medicare. No está vinculada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se denomina su “expediente de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una “apelación rápida” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación rápida” en el Nivel 2

- Para una apelación rápida en el Nivel 1, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B.

Si se le concedió una “apelación estándar” en el Nivel 1, también se le concederá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Para una apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B, la Organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización

de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento recetado de la Parte B.

Paso 2: La Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la Organización de revisión independiente dice que sí a parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para solicitudes aceleradas, tenemos **72 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización dice que no a parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se llama “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explica la decisión
 - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de la atención médica cumple con un mínimo establecido. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 Niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Si está solicitando que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por atención médica

El Capítulo 7 describe cuándo puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

Solicitar un reembolso implica solicitar una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago

de la parte que nos corresponde generalmente dentro de 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos está solicitando el reembolso de atención médica que ya recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la Organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una “indicación médicamente aceptada”. (Consulte el Capítulo 5, para obtener más información sobre “indicación médicamente aceptada”). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento recetado cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de Lista de medicamentos cubiertos o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que la receta no se puede surtir tal como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una “**determinación de cobertura**”.

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

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos*. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitarnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener), requisitos de autorización previa o la obligación de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una determinación de cobertura. Sección 6.4**
- Solicitar que paguemos por un medicamento recetado que ya ha comprado. **Pida que le reembolsemos. Sección 6.4**

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción de formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción de formulario**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto que no es preferido es una **excepción por nivel de costo compartido**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “**excepción**”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos una solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas deberán explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto al monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción en un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción para usted, puede solicitar una excepción para el monto de costo compartido que se le exige pagar por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los *cinco* niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo

del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido. Esto será el nivel más bajo que contenga alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento en el *Nivel 5 - Nivel de medicamentos especializados*.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos generalmente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **“alternativos”**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir que “sí” o que “no” a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si nuestra respuesta es que ‘no’ su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **“determinación de cobertura acelerada”**.

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se resuelven en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se resuelven en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, solicite una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándar pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explicará que usaremos los plazos estándar
 - Explicará que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas pide una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
 - Explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Recibiría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de recibir la queja.

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

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para pedirnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que necesita. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluso una solicitud enviada en el *Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web CommunityFirstMedicare.com. El Capítulo 2 tiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto y los datos que muestren cuál es la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su médico (u otro prescriptor) o su representante pueden hacerlo. También puede tener un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la declaración de respaldo** que son las razones médicas para la excepción. Su médico u otro prescriptor puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro prescriptor puede informarnos por teléfono y luego enviar por fax o por correo una declaración escrita, si fuera necesario.
- **Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.**

Plazos para una “decisión de cobertura rápida”

- Generalmente debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es que “sí” a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la

cobertura que acordamos en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es que “no” a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué dijimos que no a su solicitud. También le diremos cómo puede presentar una apelación.

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

- Generalmente debemos darle una respuesta en **un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es que “sí” a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que “no” a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué dijimos que no a su solicitud. También le diremos cómo puede presentar una apelación.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es que “sí” a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, también estamos obligados a hacerle el pago** en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que “no” a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué dijimos que no a su solicitud. También le diremos cómo puede presentar una apelación.
- **Paso 4: Si decimos “no” a su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.**
- Si decimos “no” a su solicitud, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura del medicamento que necesita. Si presenta una apelación, esto significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **“redeterminación”**. Una “apelación rápida” también se denomina **“redeterminación acelerada”**.

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

Una apelación estándar generalmente se resuelve en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se resuelve en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro prescriptor debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, envíe su solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo una presentada en el *Formulario de Solicitud de Redeterminación de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web CommunityFirstMedicare.com. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha indicada en la notificación escrita que le enviamos con nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón, explique la razón cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo. Ejemplos de causa justificada incluyen una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para pedir una apelación.
- **Usted puede pedir una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando dijimos que no a su solicitud. Podemos comunicarnos con usted o con su médico u otro prescriptor para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es que “sí” a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es que “no” a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué dijimos que no a su solicitud. También le diremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una “apelación estándar” de un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de **7 días calendario**, estamos obligados a enviar su solicitud al

Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es que “sí” a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
- **Si nuestra respuesta es que “no” a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué dijimos que no a su solicitud y cómo puede presentar una apelación.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es que “sí” a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a hacerle el pago en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es que “no” a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué dijimos que no a su solicitud. También le diremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si nuestra respuesta es que “no” a su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de revisión independiente” es **“Entidad de revisión independiente”**. A veces se la denomina **“IRE”** (del inglés “Independent Review Entity”).

La **Organización de revisión independiente es una organización independiente** contratada por Medicare. No está vinculada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si nuestra respuesta es que “no” a su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable respecto a una determinación de riesgo bajo nuestro programa de manejo de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud al IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se denomina su

“expediente de caso”. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente de caso.

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación.

Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una “apelación estándar” apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

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

Para “apelaciones rápidas”

- **Si la Organización de Revisión Independiente indica que la respuesta es que “sí” a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por la Organización de Revisión Independiente **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Para “apelaciones estándar”

- **Si la Organización de Revisión Independiente indica que la respuesta es que “sí” a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura del medicamento que fue aprobada por la Organización de Revisión Independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Si la Organización de revisión independiente indica que la respuesta es que “sí” a una parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la Organización de revisión independiente.

Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación

Si la Organización de Revisión Independiente indica que la respuesta es que “no”, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la Organización de Revisión Independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a presentar una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva.
- Indica el valor en dólares que debe estar en disputa para poder continuar con el proceso de apelaciones.

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

Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).

- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibió después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **"fecha del alta"**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario siguientes a su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *"Un Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos"*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital, (un asistente social, una enfermera), pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) o al 1-800-633-4227. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. El aviso le explica:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y a saber quién pagará por ella.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a solicitar una revisión inmediata de la decisión de darle de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Este es un mecanismo formal y legal para pedir que se retrase su fecha de alta, de modo que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso **no** significa que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet en [CMS.gov/Medicare/MedicareGeneralInformation/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](https://www.cms.gov/Medicare/MedicareGeneralInformation/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html).

Sección 7.2 **Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 2 y la Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. **La Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que recibe pagos del gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de su estado y pida una “revisión inmediata” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) *antes* de que se vaya del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.**

- **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) sobre su apelación.
- **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si usted decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista de alta establecida por su plan.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que nos contacten, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso indica la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) darle de alta en esa fecha.
- Puede obtener un ejemplo de la **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembro (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener un ejemplo de la notificación en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores nos informen sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta planificada. Este aviso también le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es que “sí”?

- Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es que “sí a su apelación, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es que “no”?

- Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es que “no” a su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) le dé su respuesta a la apelación.
- Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es que “no” a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) le brinde su respuesta a la apelación.

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

- Si la respuesta de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) es que “no” a su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted tenga que pagar el costo total de su estancia después de la fecha prevista de alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente indica que la respuesta es que “sí”:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO). **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente indica que la respuesta es que “no”:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se denomina “confirmar la decisión”.
- En el aviso que recibirá, le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es que “no”, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 **Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto**

Cuando recibe servicios cubiertos de **atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación Ambulatoria, CORF por sus siglas en inglés)**, usted tiene derecho a seguir recibiendo este tipo de servicios mientras sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

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

Sección 8.1 **Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**

Términos legales

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le explica cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizar su atención.

- 1. Recibirá un aviso por escrito.** Al menos, dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le explica:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención por un período más largo.
- 2. Se le pedirá a usted o alguien que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.2 **Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo**

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Esta organización

decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. **La Organización de Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) para una apelación acelerada una solicitud de apelación de pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (Aviso de no cobertura de Medicare) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido.

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior de la fecha** de entrada en vigencia que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún conserva sus derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) utilizando la información de contacto que aparece en el Aviso de no cobertura de Medicare. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de su estado en el Capítulo 2.
- **Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) realiza una revisión independiente de su caso.**

Términos legales

Este aviso por escrito se denomina “**Explicación detallada de no cobertura.**”

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) (“los revisores”) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación, usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores indican que la respuesta es que “sí”?

Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores indican que la respuesta es que “no”?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total de esta atención**.

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

- Si los revisores *rechazan* su apelación del Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación del Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de integral de rehabilitación ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) harán otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente indican que la respuesta es que “sí”?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente indican que la respuesta es que “no”?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.

- En el aviso que recibirá, le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.
- Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es que “no”, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba de su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo presentar una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la**

cobertura para medicamentos que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión.

- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá aceptar o rechazar a su solicitud. Esta es la decisión final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se usa en determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios para Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? ▪ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o para recibir una receta.

Queja	Ejemplo
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Cumplimientos de plazos (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos ha pedido que le demos una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar ciertos artículos médicos, servicios o medicamentos aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos los plazos requeridos para enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- **Una queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** se denomina **presentar un reclamo**.
- **Usar el proceso para quejas** se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.
- **Una queja rápida** se denomina **un reclamo acelerado**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para miembros. Si debe hacer algo más, Servicios para miembros se lo indicará. Servicios para miembros se puede contactar al 210-358-6386 o sin cargo al 1-833-434-2347. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. (El servicio de mensajes está disponible los fines de semana y días feriados desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre)

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Community First Health Plans debe recibir su queja dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente del que se queja. Si algo le impidió presentar su queja (estaba enfermo, proporcionamos información de contacto incorrecta, etc.), infórmenos y es posible que podamos aceptar su queja después de 60 días. Atenderemos su queja lo antes posible, pero no más tarde de 30 días después de recibirla. A veces, necesitamos información adicional o es posible que desee proporcionar información adicional. Si eso ocurre, es posible que nos tomemos 14 días adicionales para responder a su queja. Si se toman los 14 días adicionales, recibirá una carta informándole. Si su queja se debe a que demoramos 14 días adicionales en responder a su solicitud de determinación de cobertura o apelación, o porque decidimos que no necesitaba una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, puede presentar una queja rápida. Le responderemos dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su queja rápida. La dirección y los números de fax para presentar quejas se

encuentran en el Capítulo 2.

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días naturales a partir del momento en que ocurrió el problema sobre el que desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si se le ha concedido una “queja rápida”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de mejoras de calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO).** La Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **O puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)** a la misma vez.

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de membresía en nuestro plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Cancelar su membresía en nuestro plan.....	177
Sección 1.1	Cancelar su membresía en nuestro plan.	177
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....	177
Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta.....	177
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage	177
Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial ..	178
Sección 2.4	Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía.....	179
SECCIÓN 3	Cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.....	179
Sección 3.1	Cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan	179
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan	180
SECCIÓN 5	El plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) debe cancelar su membresía en ciertas situaciones	180
Sección 5.1	No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud	181
Sección 5.2	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	181

SECCIÓN 1 Cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 1.1 Cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) puede ser **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo cancelar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica, medicamentos recetados y deberá pagar costos compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de inscripción abierta** es del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, *con* o *sin* cobertura para medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados,
 - O Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados.
 - Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Su membresía en nuestro plan se cancelará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo, y para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de ese derecho.
- Durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** puede hacer lo siguiente:

- Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.
- Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 **En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial**

En determinadas situaciones, los miembros del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) pueden cancelar su membresía en otros momentos del año si cumplen con los requisitos. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **Es posible que pueda dar por terminada su membresía durante un Período de Inscripción Especial** si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)):
 - En general, cuando se muda.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si cumple con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
 - Si rompemos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LongTerm Care, LTC).
 - Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of Allinclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

- **Para saber si cumple con los requisitos para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si si cumple con los requisitos para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - *O*, Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura

“acreditable” para medicamentos recetados durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía** se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.
- Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos y cambia a Medicare Original sin inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- **Llame a Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).
- Encuentre la información en el manual **Medicare & Usted 2026**.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 3.1 Cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Medicare Original con un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Su inscripción en el plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Medicare Original sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). • También puede comunicarse con Medicare llamando al 1 800 MEDICARE (1 800 633 4227), y solicite darse de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 877 486 2048. • Su inscripción en Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) Plan se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos recetados a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus servicios médicos, suministros y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Continúe usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando nuestras farmacias de la red para surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará, generalmente, cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta.** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 El plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) debe cancelar su membresía en ciertas situaciones

El plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro Community First Health Plans para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos recetados.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a **Servicios para Miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

El plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO) no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes	185
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	185
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	185

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. Puede también consultar la información de la Oficina para Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [HHS.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html).

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Community First Health Plans, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones

Capítulo 12. Definiciones

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de negar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Atención en centro de enfermería especializada: servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por profesionales de enfermería o un médico.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios y/o determinados medicamentos, según criterios específicos. En La tabla de beneficios del Capítulo 4 se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están disponibles en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta certificado, como ayuda con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coaseguro.

Biosimilar: un producto biológico que es muy parecido, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (vea “Biosimilar intercambiable”)

Biosimilar Intercambiable: es un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia depende de las leyes estatales.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Coaseguro: un monto que se le puede requerir pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %), como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de “coaseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un “costo compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. Por ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “costo compartido diario” es de \$1 por día.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos de bolsillo: consulte la definición de “costo compartido”. La parte que un miembro debe pagar por ciertos servicios o medicamentos también se conoce como el requisito de gastos de bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por los medicamentos recetados o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “**decisiones de cobertura**” en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Derivación: es una orden por escrito de su médico de atención primaria para que usted visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una derivación, nuestro plan podría no pagar por los servicios de un especialista.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapas de cobertura catastróficas: La etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras personas calificadas que actúan en su nombre) ha gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo del año alcancen la cantidad límite establecida para gastos de bolsillo.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido por nuestro plan. Como miembro del plan Community First Medicare Advantage Alamo (HMO), solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan, donde los miembros pueden obtener sus medicamentos recetados con los beneficios del plan. En la mayoría de los casos, sus recetas solo estarán cubiertas si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica sobre el formulario y beneficios. Esto incluye importes de gastos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para el mismo problema de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que brinda atención especial a los miembros que han sido certificados médicamente como

terminales, es decir, con una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o aprobado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema Micromedex DRUGDEX Information.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamento seleccionado: es un medicamento cubierto bajo la Parte D para el cual Medicare ha negociado un Precio Máximo Justo.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos bajo la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen

insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Medicare Original (“Medicare tradicional” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Monto máximo de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los *cinco* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Penalización por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una penalización por inscripción tardía.

Período de beneficios: La manera en que nuestro plan y Medicare Original mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta: es el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período del 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en ese plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage o recibir cobertura a través de Medicare Original. Si usted decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de cobertura de medicamentos de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona reúne los requisitos para Medicare por primera vez.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si reúne los requisitos para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que tiene derecho a la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of Allinclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Planes para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica a través de un plan estatal bajo Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y los derechos de cada persona.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y la Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser: i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan de Pago por Servicio Privado (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también incluyen la cobertura de la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con Cobertura para Medicamentos Recetados**.

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE: (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada, PACE) es un plan que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) el mayor tiempo posible, mientras obtienen los servicios de atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los "períodos sin cobertura" de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio máximo justo: El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico: un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células de animales, células de plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Vea también "Producto biológico original" y "Biosimilar").

Producto biológico original: es un producto biológico aprobado por la FDA que se utiliza como referencia para los fabricantes que crean una versión biosimilar. También se le llama **producto de referencia**.

Programa de descuentos de fabricantes: Programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para personas con necesidades de salud complejas que cumplen con ciertos requisitos o que participan en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM normalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar sus medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Physician/Provider, PCP): es el médico u otro proveedor que usted visita primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **"proveedores de la red"** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no son empleados, ni propiedad, ni están operados por nuestro plan.

Queja: tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Reclamo: el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas se usa *solo* para determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple con los plazos establecidos en el proceso de apelación.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación hospitalaria, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales que un plan Medicare Advantage puede ofrecer, como visión, dental o audición.

Servicios necesarios de urgencia: son servicios cubiertos por el plan que requieren atención médica inmediata, pero que no son una emergencia. Se consideran servicios necesarios de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dadas las circunstancias de tiempo, lugar y situación, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos incluyen enfermedades o lesiones inesperadas, o un empeoramiento repentino de una condición que ya tiene. Las visitas de rutina (como chequeos anuales) no se consideran servicios de urgencia, aunque esté fuera del área de servicio o la red del plan no esté disponible.

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para miembros, consulte el Capítulo 2.

Servicios preventivos: Atención médica que ayuda a prevenir enfermedades o a detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando el tratamiento tiene más probabilidades de ser efectivo (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): revise “Ayuda adicional”.

Terapia escalonada: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Umbral de gastos de bolsillo: Importe máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Servicios para miembros de Community First Medicare Advantage Plan

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAME AL	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajes los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre Las llamadas a estos números son gratuitas. Contamos con servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. (24 horas al día, 7 días a la semana)
ESCRIBA A	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
SITIO WEB	MedicareAlamo.com

Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) (Texas SHIP)

HICAP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) (Texas SHIP)
LLAME AL	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA A	info@shiptacenter.org
SITIO WEB	HHS.texas.gov/services/health/medicare

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 09381051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C42605, Baltimore, Maryland 212441850.

2026

EVIDENCIA DE COBERTURA

RESUMEN DE SU PLAN

Community First

Plan Medicare Advantage Alamo

(HMO) H5447-001

Del 1 de enero al 31 de diciembre, 2026

COMMUNITY FIRST
— MEDICARE ADVANTAGE —
ALAMO (HMO)

12238 Silicon Drive, Ste. 100
San Antonio, Texas 78249
MedicareAlamo.com