

COMMUNITY FIRST
— MEDICARE ADVANTAGE —

D-SNP (HMO)

2026

EVIDENCIA DE COBERTURA

RESUMEN DE SU PLAN

Plan Community First Medicare Advantage
para Necesidades Especiales de Elegibilidad
Doble (D-SNP)(HMO) H5447-002
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

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

Llame a Servicios para Miembros o visite el sitio web para
obtener más información.

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

7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

(1 de octubre al 31 de marzo)

lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

(1 de abril al 30 de septiembre)

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

TTY 711

24 horas al día, 7 días de la semana

Atascosa • Bandera • Bexar • Comal • Guadalupe • Kendall • Medina • Wilson

MedicareAlamo.com



Evidencia de cobertura

2026

Descripción general de su plan

**El plan Community First Medicare Advantage
para Necesidades Especiales de Elegibilidad
Doble (D-SNP) (HMO) H5447-002
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 visite el sitio web
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 1 abril al 30 de septiembre

TTY 711

24 horas al día, 7 días de la semana

Atascosa • Bandera • Bexar • Comal • Guadalupe • Kendall • Medina • Wilson

[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 para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (D-SNP) (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. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de salud y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para entender:

- La prima de su plan y los costos compartidos;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho/a con un servicio o trato
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y,
- 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Este plan, Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO), es ofrecido por Community First Health Plans, Inc. (cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Community First Health Plans, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Community First Medicare Advantage D-SNP (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

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

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	19
	Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan estándar (Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO)) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización de mejoras de la 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	Usar nuestro plan para sus servicios médicos	32
	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 usted paga)	45
	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	Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D	83
	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 de la seguridad y el manejo de los medicamentos.	
Capítulo 6	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	100
	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 Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 112

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 119

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 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 131

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 membresía en nuestro plan 167

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 175

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12 Definiciones 178

Explica los términos clave utilizados en este documento.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como Miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como Miembro

SECCIÓN 1	Primeros pasos como Miembro	7
Sección 1.1	Usted está inscrito en Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO), un plan Medicare Advantage de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) especializado (Plan para Necesidades Especiales)	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 2.2	Medicaid	8
Sección 2.3	Área de servicio del plan Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO)	9
Sección 2.4	Ciudadanía estadounidense o presencia legal	9
SECCIÓN 3	Materiales de membresía importantes	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 Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO)	11
Sección 4.1	Prima del plan	11
Section 4.2	Prima mensual de la Parte B de Medicare	12
Section 4.3	Penalización por inscripción tardía en la Parte D de Medicare	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	Mantenga actualizado nuestro registro de membresía	14
SECCIÓN 6	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	14

SECCIÓN 1 Primeros pasos como Miembro

Sección 1.1 Usted está inscrito en Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO), un plan Medicare Advantage de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) especializado (Plan para Necesidades Especiales)

Usted es cubierto tanto por Medicare así como Medicaid:

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

Usted ha elegido recibir su atención médica de Medicare y su cobertura para medicamentos recetados a través de nuestro plan, Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de las Partes A y B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en nuestro plan son diferentes a los de Medicare Original.

Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) es un plan Medicare Advantage especializado (un “plan de necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a asistencia de Medicaid.

Debido a que recibe asistencia de Medicaid con su costo compartido de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coaseguros), es posible que usted no tenga que pagar nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede proporcionarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica como medicamentos recetados, atención a largo plazo y/o servicios basados en el hogar y la comunidad, que no suelen estar cubiertos por Medicare. También recibirá “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) le ayudará a administrar todos estos beneficios para usted, para que obtenga los servicios de atención médica y la asistencia de pago a los que tiene derecho.

Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) está dirigido por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Texas para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Community First Health Plans 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 “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Community First Medicare Advantage

D-SNP (HMO) desde el 1 de enero de 2026 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 D-SNP (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 D-SNP (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 estas condiciones:

- Tiene Medicare Parte A y Parte B
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo). Las personas encarceladas no se consideran que viven en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella).
- Es ciudadano estadounidense o está legalmente presente a los Estados Unidos.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan.

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados.) Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y asistencia completa para compartir costos bajo Medicaid.

Nota: Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los seis meses, aún es elegible para ser miembro de nuestro plan. El Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continua considerada.

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos (y puede ayudar con la atención a largo plazo) para ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo ejecutar su programa siempre y cuando sigan los reglamentos federales.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid (QMB+).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos específicos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas

personas con SLMB también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (SLMB+).

- **Individuo calificados (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos trabajadores y discapacitados calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.3 Área de servicio del plan Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO)

- Community First Medicare Advantage D-SNP (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 del plan. El área de servicio se describe a continuación e incluye los siguientes condados en Texas:
 - Atascosa
 - Bandera
 - Bexar
 - Comal
 - Guadalupe
 - Kendall
 - Medina
 - Wilson

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

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono figuran en la portada de este documento) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare 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 que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778).

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presentes en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales de membresía importantes

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		H5447-002 MEDICARE ADVANTAGE D-SNP
Name: John M. Doe Member ID: 0000-000-0000 Group No: A0012345678 Policy Effective Date: 01/01/2021 Primary Care Physician: Provider Name PCP Phone Number: 001-234-5678 PCP Effective Date: 01/01/2021		
		RxBIN: 610602 RxPCN: NVTD RxGRP: CFD002
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. Member Services: (7 days a week from 8:00 a.m. to 8:00 p.m.) Local 210-358-6386 • Toll-Free 1-833-434-2347 TTY 711 (24 hours a day/7 days a week) Behavioral Health Services: Toll-Free 1-877-221-2226 (24 hours/7 days a week) Nurse Advice Line: (24 hours/7 days a week) Local 210-358-6386 • Toll-Free 1-800-434-2347 Website: CommunityFirstMedicare.com	En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir cuidado, llame a su PCP dentro de 24 horas o lo antes posible. Servicios para Miembros: (7 días a la semana desde 8:00 a.m. a 8:00 p.m.) Local 210-358-6386 • Línea gratuita 1-833-434-2347 TTY 711 (24 horas al día/7 días a la semana) Servicios de Salud Mental: Gratis 1-877-221-2226 (24 horas al día/7 días a la semana) Línea de consejos de enfermeras: (24 horas al día/7 días a la semana) Local 210-358-6386 • Línea gratuita 1-800-434-2347 Sitio web: CommunityFirstMedicare.com
FOR PROVIDERS Notice to Hospitals and Other Providers: All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Please call Community First within 24 hours at 210-358-6050 or fax to 210-358-6040. Pharmacist Help Desk: 1-866-270-3877 Non-participating providers must obtain prior authorization on all services, except for emergency care. Submit professional/other claims to: Community First Health Plans PO Box 240969, Apple Valley, MN 55124	

NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de miembro de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO), es posible que tenga que pagar 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 de rutina (también llamados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato Servicios para Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la portada de este documento).

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El Directorio de Proveedores enumera a los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Incluimos una copia de nuestro Directorio de Proveedores en el sobre con este documento. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en MedicareAlamo.com.

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 D-SNP (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* enumera las 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 el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en MedicareAlamo.com.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (Formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (también denominada Lista de medicamentos o formulario)*. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO). Los medicamentos en esta lista son seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos, a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO).

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

Le daremos 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 a Servicios para miembros para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del formulario del plan ([MedicareRx.Navitus.com](https://www.MedicareRx.Navitus.com)) o llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO)

Your Costs in 2026	
Monto máximo de gastos de bolsillo	\$9,250
Este es el monto máximo que pagará de tu bolsillo por servicios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4, Sección 1 para más detalles.)	
Visitas al consultorio de atención primaria	Si calificas para ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, pagas \$0 por visita.
Visitas al consultorio de especialistas	Si calificas para ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, pagas \$0 por visita.
Hospitalización	Si calificas para ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, pagas \$0 por visita.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D	\$615
(Consulta el Capítulo 6, Sección 1 para más detalles.)	

Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D

(Consulta el Capítulo 6 para más detalles, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica.)

Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:

Nivel de medicamentos 1:
Pagas \$0 del costo total o \$0/\$0*
Nivel de medicamentos 2:
Pagas el 25% del costo total o \$0/\$33.57*
Nivel de medicamentos 3:
Pagas el 25% del costo total o \$0/\$85.61*
Nivel de medicamentos 4:
Pagas el 25% del costo total o \$0/\$45.04*
Nivel de medicamentos 5:
Pagas el 25% del costo total o \$0/\$557.15*

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO).

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 (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

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 y Usted 2026 en la sección llamada Costo de Medicare 2026. Puede descargar una copia del 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.

Section 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Si Medicaid no está pagando sus primas de Medicare, usted debe continuar pagándolas para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede tener que pagar una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Section 4.3 Penalización por inscripción tardía en la Parte D de Medicare

Como usted es elegible por ambos programas, la penalización por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés) no aplica mientras mantenga ese estatus. Sin embargo, si pierde su elegibilidad doble, podría estar sujeto a la penalización por inscripción tardía. La penalización por inscripción tardía a 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 adicional” de Medicare para pagar su cobertura de medicamentos recetados.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la administración de salud de veteranos [VA]). Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Esta información puede serle enviada en una carta o incluida en un boletín informativo del plan. Guarde esta información, ya que puede necesitarla si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Nota: Cualquier carta o notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Nota: Las tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento de medicamentos no se consideran cobertura de medicamentos acreditable.

Medicare determina el monto de la penalización. Así es como funciona:

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que demoró la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de que fue elegible para inscribirse. O cuente la cantidad de meses completos que no tuvo una cobertura de medicamentos recetados acreditable, si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La penalización es del 1 % por cada mes que no tuvo una 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 en el país del año anterior. Para el 2025, este monto de prima promedio es de \$36.78. Este monto puede cambiar para el año 2026.
- 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 el 14% por \$36,78, lo que equivale a \$5,14. Esto se redondea a \$5,15. Este monto se agregaría **a la prima mensual para alguien con una penalización por inscripción tardía en la Parte D.**

Hay tres cosas importantes que debe tener en cuenta sobre esta penalización mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- **La penalización puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.

- **Usted continuará pagando una penalización** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su penalización por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para pasar a Medicare.

Si usted no está de acuerdo con su penalización por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Generalmente, usted 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 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

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, algunos miembros pueden tener que pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, 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 (Usuarios de llamen al 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

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 el proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- 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 su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si hay algún cambio, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos 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 al 1-800-325-0778).

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga.

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte Sección 1.3 del Capítulo 8 de este documento.

SECCIÓN 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está incluida, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). Es posible que necesite proporcionar

el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otros aseguradores (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si tiene otro seguro, infórmeselo a su médico/a, hospital y farmacia.

Estas normas 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 la edad, la discapacidad o la enfermedad renal en etapa 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 Recursos Importantes

SECCIÓN 1	Datos de contactos de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO)	21
SECCIÓN 2	Obtenga ayuda de Medicare.....	23
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)	24
SECCIÓN 4	Organización de Mejoras de Calidad (QIO)	25
SECCIÓN 5	Seguro Social	26
SECCIÓN 6	Medicaid	26
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	29
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	31

SECCIÓN 1 Datos de contactos de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO)

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación, o sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Community First Health Plans. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para Miembros – información de contacto
LLAME	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Disponibles 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 8 de la noche (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería 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. (24 horas al día, 7 días a la semana)
ESCRIBA	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
SITIO WEB	MedicareAlamo.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura, una apelación o presentar una queja 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 – información de contacto
LLAME	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Disponibles 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 8 de la noche (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería 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 – información de contacto
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	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
SITIO WEB	MedicareAlamo.com
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede ingresar una queja sobre Community First Health Plans directamente a Medicare. Para ingresar una queja a Medicare en línea vaya a Medicare.gov/MedicareComplaintForm/Home.aspx .

Cómo presentar una queja sobre su atención médica.

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas sobre cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Método	Solicitud de pago – información de contacto
LLAME	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Disponibles 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 8 de la noche (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Ofrecemos 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. (24 horas al día, 7 días a la semana)
ESCRIBA	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
SITIO WEB DE MEDICARE	Para enviar una queja sobre Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) directamente a Medicare, vaya a Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitar que paguemos el costo de una atención médica o un medicamento que usted recibió

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

Si nos envía una solicitud de pago y negamos alguna parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Método	Solicitud de pago – información de contacto
LLAME	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Disponibles 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 8 de la noche (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Ofrecemos 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. (24 horas al día, 7 días a la semana)
ESCRIBA	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
SITIO WEB	CommunityFirstMedicare.com

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	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 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 • 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 D-SNP (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. En Texas, el SHIP se llama Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP).

HICAP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). 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.

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

Método	Programa de información, asesoramiento y defensa de la salud (HICAP) (Texas SHIP)
LLAME	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	info@shiptacenter.org
SITIO WEB	HHS.Texas.gov/Services/Health/Medicare

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de Calidad (QIO)

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización para la mejora de la calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el Medicare para que supervisar y mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen 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) - información de contacto
LLAME	888-315-0636 (llamada gratuita) Lunes a viernes de 9:00 de la mañana a 5:00 de la tarde CST / CDT Fines de semana y festivos de 11 de la mañana a 3 de la tarde
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar
ESCRIBA	1650 Summit Lake Dr Suite 102 Tallahassee, FL 32317
SITIO WEB	acentraqio.com/bene/statepages/texas/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El 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 que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social – información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 de la mañana a 7:00 de la tarde. Puede utilizar 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 de la mañana a 7:00 de la tarde.
SITIO WEB	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Como miembro de nuestro plan, es elegible tanto para Medicare como para Medicaid. Medicaid es un programa

conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare (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).
- **Beneficiario de Medicare con Ingresos Bajos Específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuo Calificado (Qualified Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuo Calificado Discapacitado y Trabajador (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Texas Health and Human Services.

Método	Texas Health and Human Services – información de contacto
LLAME	Línea directa para clientes 1-800-335-8957 Lunes a viernes de 7 de la mañana a 7 de la tarde.
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.
ESCRIBA	Texas Health and Human Services Apartado Postal 149024 Austin, TX 78714-9024
SITIO WEB	HHS.Texas.gov/Services/Health/Medicaid-CHIP

La Oficina del HHS del Defensor del Pueblo ayuda a la gente inscrita en Medicaid con problemas sobre el servicio o la facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja o apelación sobre nuestro plan.

Método	HHS Oficina del defensor del pueblo – información de contacto
LLAME	1-877-787-8999 De lunes a viernes, de 8 de la mañana 5 de la tarde.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA	HHS Oficina del defensor del pueblo PO Box 13247 Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	HHS.Texas.gov/About-HHS/Your-Rights/Office-Ombudsman

La Oficina del Defensor del Pueblo del Estado para la Atención a Largo Plazo ayuda a la gente a obtener información sobre asilos y resuelve problemas entre los mismos y sus residentes o familias.

Método	Oficina del defensor del pueblo del estado para la atención a largo plazo – información de contacto
LLAME AL	1-800-252-2412 De lunes a viernes, de 8 de la mañana a 5 de la tarde.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBA	Para Atascosa, Bandera, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina y Condados de Wilson: Oficina del Defensor del Pueblo del Estado para la Atención a Largo Plazo c / o Agencia del Área sobre el Envejecimiento de Alamo 8700 Tesoro Drive Suite 160 San Antonio, TX 78217 Para el condado de Bexar: Oficina del Defensor del Pueblo del Estado para la Atención a Largo Plazo c / o Agencia de Área para el Envejecimiento del Condado de Bexar 8700 Tesoro Drive Suite 160 San Antonio, TX 78217
SITIO WEB	APPS.HHS.Texas.gov/News_Info/Ombudsman

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

El sitio en línea Medicare.gov ([Medicare.gov/Basics/Costs/Help/Drug-Costs](https://www.Medicare.gov/Basics/Costs/Help/Drug-Costs)) tiene información sobre maneras de reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los programas que se indican a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

“Ayuda adicional” de Medicare

Puesto que usted es elegible para Medicaid, usted califica y está recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados de su plan. Usted no necesita hacer nada adicional para obtener esta “Ayuda adicional”.

Si usted tiene preguntas sobre “Ayuda adicional”, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 de la mañana y las 7:00 de la tarde, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).
- Si cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en la farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia de la cantidad correcta de su copago. Si ya cuenta con evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a enviarnos esta información.
- 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 es elegible para la “Ayuda adicional”.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar los medicamentos recetados, las primas del plan de medicamentos y otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en un programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), la ayuda adicional de Medicare paga primero.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del 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 elegibles para el ADAP que tienen 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 para medicamentos con receta. El Programa de Medicamentos para VIH de Texas

(THMP) es el ADAP de su estado.

Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en Texas, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Texas HIV Medication Program (THMP).

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, la edad, la afección o la 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	855-469-8979
ESCRIBA	TexasDrugCard.com/Contact
SITIO WEB	TexasDrugCard.com

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona junto con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a manejar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero – diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción 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 Recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** La Ayuda Extra de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, son más ventajosas que participar en el Plan de Pago de Recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

Método	Plan de pago de medicamentos de Medicare – información de contacto
LLAME	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Disponibles 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 8 de la noche (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Ofrecemos servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.

Método	Plan de pago de medicamentos de Medicare – información de contacto
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	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
SITIO WEB	MedicareAlamo.com

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	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 de la mañana a 3:30 de la tarde los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 de la mañana a 12:00 de la tarde 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 no son gratuitas.
SITIO WEB	RRB.gov

CAPÍTULO 3

***Usar nuestro plan
para sus servicios médicos***

Capítulo 3. Usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica cubierta como miembro de nuestro plan	34
Sección 1.1	Proveedores de la red y los servicios cubiertos	34
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por nuestro plan.	34
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	35
Sección 2.1	Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica.	35
Sección 2.2	Atención médica que puede recibir sin una derivación de su PCP	36
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	37
Sección 2.4	Cómo puede recibir atención de proveedores fuera de la red.	38
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios en una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	38
Sección 3.1	Reciba atención si tiene una emergencia médica	38
Sección 3.2	Reciba atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios	39
Sección 3.3	Reciba atención durante un desastre	39
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	40
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos.	40
Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios	40
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un “estudio de investigación clínica”	40
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	40
Sección 5.2	¿Quién paga los servicios en un “estudio de investigación clínica”?	41
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una “institución religiosa de cuidado de salud no médica”	42
Sección 6.1	Una institución religiosa de cuidado de salud no médica	42
Sección 6.2	Cómo recibir cuidados en una institución religiosa que no ofrece servicios médicos.	42
SECCIÓN 7	Normas sobre la propiedad del Equipo Médico Duradero	43
Sección 7.1	Usted no será dueño del Equipo Médico Duradero después de hacer cierto número de pagos bajo nuestro plan	43
Sección 7.2	Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento	43

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo usar el plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuánto paga cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios 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. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se explican en el Capítulo 5.

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

Como un plan de salud de Medicare, Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare (*Capítulo 4 - qué está cubierto*)

Community First Medicare Advantage D-SNP (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** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Reciba su atención de un proveedor de la red** (sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que deberá pagar al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. Aquí hay 3 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 sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que la proporcionen, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En este caso, pagaremos estos servicios como 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 de este capítulo.

- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o sea inaccesible. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder 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 elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro 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?

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 la función de mi PCP?

Su relación con su PCP es importante porque su PCP es responsable de sus necesidades de atención médica de rutina, 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 a su PCP?

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

Para obtener una copia del **Directorio** de proveedores de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) 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 a 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 referencia por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red
- Vacunas antigripales, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía siempre y cuando se las administre 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 los 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 los miembros figuran en la contraportada de este documento).
- Suministros para diabéticos y zapatos terapéuticos o plantillas de un proveedor 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. Por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones 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 deja de participar en el plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- 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.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe su atención médica.
- 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.
- Cuando un proveedor dentro de la red o un beneficio no esté disponible o sea insuficiente para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el mismo costo compartido que pagaría dentro de la red. Se requiere autorización previa.

- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar 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 puede 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 bebé por nacer), 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 afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **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 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 con Servicios para Miembros al número de teléfono que está impreso 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 cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. El 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.

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.
- La atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las normas mencionadas más abajo 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. Consulte su Directorio de proveedores para obtener una lista de los centros de atención de urgencia de la red.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir 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 necesarios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Reciba atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría 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, 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 usar una farmacia de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con el mismo costo compartido que pagaría dentro de la red.

Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir su receta en una farmacia fuera de la red.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el 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*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios

Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, o si recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted será responsable de pagar el costo total de dichos servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los 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 dentro del 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 los Miembros.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también 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, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted 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 normas 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.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. 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.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- 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 recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas 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 que no ofrece servicios médicos es un centro que provee atención médica para una afección 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, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención salud no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. 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 médicos **“no exceptuados”** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos **“exceptuados”** corresponden a la atención o el tratamiento médicos 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 que no ofrece servicios médicos 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 afección 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 pautas 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 Normas sobre la propiedad del Equipo Médico Duradero

Sección 7.1 Usted no será dueño del Equipo Médico Duradero después de hacer cierto número 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 recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

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 Community First Medicare Advantage D-SNP (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.** No obtendrá la propiedad del equipo médico duradero, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo bajo Medicare Original antes de unirse a nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos que realizó 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 DME. 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 hizo en Medicare Original no cuentan. Deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos a después de regresar a Medicare Original para convertirse en propietario 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 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que regrese a Medicare Original. Cualquier pago que haya realizado previamente (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

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

Si cumple con los requisitos para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno

- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

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

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, usted puede optar por permanecer en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si usted permanece en la misma compañía, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4

***Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto
y lo que usted paga)***

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

SECCIÓN 1	Cómo entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos	47
Sección 1.1	Costos de bolsillo que usted podría pagar por sus servicios cubiertos.....	47
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos por Medicare Parte A y Parte B?	47
Sección 1.3	No se permite que los proveedores le “facturen saldos”	47
SECCIÓN 2	La <i>Tabla de beneficios médicos</i> muestra sus beneficios y costos.	48
SECCIÓN 3	Servicios fuera de la cobertura de Community First Medicare D-SNP (HMO)	77
SECCIÓN 4	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan	80

SECCIÓN 1 **Cómo entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos**

La Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro del Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 **Costos de bolsillo que usted podría pagar por sus servicios cubiertos**

Tipos de costos 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.
- El “**copago**” es un 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, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El “**coaseguro**” es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coaseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coaseguro).

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

Nota: Puesto que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan éste máximo de desembolso. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.

Los planes Medicare Advantage, *tienen* límite en cuanto al monto que usted debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo de costos de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto MOOP es de \$9,250.**

Los montos que usted paga por los copagos y el coaseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo). Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con una “X” en la Tabla de beneficios médicos). Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de **\$9,250**, no deberá pagar gastos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

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

Como miembro de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, conocidos como “**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.

Aquí se explica cómo funciona la protección contra la facturación por saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted 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 coaseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (Esto está establecido en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro 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, como cuando recibe una derivación o en casos de emergencias o servicios que requieren atención urgente).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación, en casos de emergencia o para servicios que requieren atención urgente fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

No permitimos que los proveedores le cobren por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos 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 Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio (La cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). 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 pautas 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 afección 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. A menos que se trate de una emergencia o atención urgente, o a

menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que usted debe pagar al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red que reciba.

- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su médico de atención primaria (PCP) debe darle aprobación con anticipación (una derivación) antes de que pueda ver a otros proveedores dentro de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla 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 la Tabla de beneficios médicos con un asterisco.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Usted está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre sus costos compartidos por los servicios de Medicare, incluidos los copagos o coaseguros de Medicare para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios domiciliarios y comunitarios.
- Como 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 Original Medicare, consulte su manual *Medicare & 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 Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra en nuestro período de *seis* meses de supuesta elegibilidad continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan, y sus montos de costo compartido no cambian durante este período.

No paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

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

Medicamente 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 **las normas generalmente aceptadas de la práctica médica**.
- 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 médicamente 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 paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión 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, a sea en caso de emergencia o de situación no urgente, incluyen 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 afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. - Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de \$0 20% de coaseguro por ambulancia terrestre o 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.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 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 control 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 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. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de \$0 Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento 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 coaseguro, 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

Copago de \$0

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.

 Prueba de detección de cáncer colorrectal

Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:

- La colonoscopia no tiene límite de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección o enema de bario previos.
- Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un riesgo alto después de que el paciente se haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.
- Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.
- ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.
- Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes con alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.
- Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen alto riesgo y tienen 45 años o más. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.

No hay coaseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excepto enemas de bario, para los cuales se aplica coaseguro. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales previos al trasplante de riñón. Cubrimos lo siguiente: <u>Servicios dentales preventivos:</u> Exámenes bucales, limpieza, tratamientos con flúor, radiografías dentales <u>Servicios dentales integrales:</u> Servicios no rutinarios, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías bucales / maxilofaciales, otros servicios	No hay copago ni deducible por servicios dentales en este plan. El plan tiene una combinación amplia y preventiva de \$2,000.
 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 remisiones o tratamiento de seguimiento.	There is no coinsurance, copayment, or deductible for an annual depression screening visit.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes 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. Usted puede ser elegible para recibir hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su último examen de detección de diabetes.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 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: • 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. • 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. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	Copago de \$0

***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 Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en MedicareAlamo.com. En general, Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas y fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Community First Medicare Advantage D-SNP (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 remita 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 afección 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)*)).

Copago de \$0

Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
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 (y, si está embarazada, la pérdida del bebé por nacer), pierda una extremidad, o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Esta cobertura solo está cubierta dentro de los Estados Unidos. Según sea necesario.	20% de coaseguro Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección 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.
 Programas educativos sobre salud y bienestar <i>Silver Sneakers</i> es un programa de acondicionamiento físico que ofrece clases en línea, videos a pedido, clases comunitarias FLEX y mucho más. Este programa ofrece opciones de acondicionamiento físico, nutrición y estilo de vida más saludable.	No hay coaseguro, copago ni deducible para este programa
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. Exámenes de audición de rutina Adaptación / evaluación para prótesis auditiva Prótesis auditivas	Copago de \$0 (1 por año) Copago de \$0 (1 por año) Copago de \$0 (límite de beneficio de \$4,000 cada año)
 Prueba de detección de VIH 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 3 pruebas de detección durante el embarazo	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
*Agencia de cuidado de salud en el hogar 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 cuidados 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 cuidado de salud 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 en un hospicio

Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad 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. El médico del 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.

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 diagnóstico de enfermedad terminal:

Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un 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 Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad 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 diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan:

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.
- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare).

Para los servicios cubiertos por la Evidencia de cobertura de 2026 de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: la Evidencia de cobertura de 2026 de Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) 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.

Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?*).

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.

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 diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO).

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las demás 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, 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.
- En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, 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 Community First Medicare Advantage D-SNP (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 de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.
- Servicios médicos.

Autorización previa requerida

Para admisiones cubiertas por Medicare, por período de beneficios: Usted paga un copago de \$0.

Un período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que usted puede tener.

Comuníquese con Servicios para miembros para obtener más información.

Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.

20% de coaseguro por las primeras tres pintas de sangre.

Servicios cubiertos

Lo que usted paga

*Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)

Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".

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, 24 horas al día, 7 días de la semana.

Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.

*Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico

- 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.

Autorización previa requerida
Para admisiones cubiertas por Medicare, por período de beneficios: Usted paga un copago de \$0.
Un período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios.
No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.
Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

Servicios cubiertos

Lo que usted paga

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
- Servicios médicos.

Cuando su estadía ya no esté cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones:

Consulte a continuación las Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y los Servicios y suministros terapéuticos.

Consulte a continuación Dispositivos protésicos y suministros relacionados.

Consulte a continuación los Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios. Consulte a continuación los Servicios del médico / practicante, incluidas las visitas al consultorio del médico.

*Beneficio de alimentos

Hasta 60 comidas proporcionadas después de la admisión de un paciente hospitalizado

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 Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, 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 coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 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 coaseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
*Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare 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. • Medicamentos que se administran con Equipo Médico Duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • 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. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y 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 la Parte B y de medicamentos recetados de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	20% de coaseguro Se requiere autorización para medicamentos con cargos facturados superiores a \$500 por dosis. <i>El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coaseguro de \$35 para el suministro de insulina de un mes, y no se aplican deducibles por categoría de servicio o nivel de plan específicos.</i>

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 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. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coaseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los servicios de tratamiento para el trastorno por uso de opioides están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos de tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la FDA, así como la dispensación y administración de dichos medicamentos, si corresponde • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas. • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Copago de \$0
*Pruebas de diagnóstico ambulatorias, servicios terapéuticos y suministros Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento 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 almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Pruebas diagnósticas que no sean 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 Se requiere autorización para ciertas tomografías por emisión de positrones, medicina nuclear y procedimientos de cardiología nuclear, resonancia magnética / ARM (si no lo ordena un neurocirujano o un MDP ortopédico SPECT, imágenes tridimensionales (3D) / ATC (si no lo ordena un cardiólogo o especialista cardiorrástico), 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).

Observación hospitalaria ambulatoria

Copago de \$0

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 de 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) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
*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. 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 o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Copago de \$0
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, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Copago de \$0
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 \$0

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
Servicios ambulatorio para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias Tratamiento y asesoramiento ambulatorios por abuso de sustancias.	Copago de \$0
Cirugía ambulatoria, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios y 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 \$0
Productos de venta libre Tarjeta de pago precargada por un monto de \$50. La tarjeta se recarga cada tres meses y el saldo se acumula dentro del mismo año del plan. Todos los fondos deben utilizarse antes del final del año del plan (31 de diciembre).	Copago de \$0 por artículos OTC cubiertos
*Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario ambulatorio o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. <i>El servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento de terapia conductual (mental) activa que se brinda en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Copago de \$0

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.
- Controles virtuales
- 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).
- Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en fase terminal para los miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro.
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación
- Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental coexistente, independientemente de su ubicación
- Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental **si** :
 - » Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud
 - » Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud
 - » Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias
- Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal
- Registros virtuales (por ejemplo, por teléfono o video chat) con su médico/a durante 5 a 10 minutos **si**:

Copago de \$0 para ver a su PCP
 Copago de \$0 para ver a un especialista

Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuado)

- » Usted no es un paciente nuevo y
- » El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y
- » El registro no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible
- Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico/a, e interpretación y seguimiento por parte de su médico/a dentro de las 24 horas **si**:
- Usted no es un paciente nuevo y
 - » La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita más próxima disponible
- Consulta que su médico/a tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro médico electrónico
- Segunda opinión, si corresponde: por otro proveedor de la red antes de la cirugía
- Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, fijación de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando los brinda un/a médico/a)
- Servicios de telesalud brindados por terapeutas ocupacionales (OT), fisioterapeutas (PT), patólogos del habla y el lenguaje (SLP) y audiólogos calificados.

Servicios de podiatría

Copago de \$0

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 afecciones que comprometen las extremidades inferiores.

 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 paga
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte la sección “Cuidado de la vista” más adelante en esta tabla.	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 \$0 Copago de \$0 Copago de \$0
 Prueba de 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.

 Prueba de 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 infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas

Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de infecciones por ITS, cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas 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 paga

***Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)**

(En 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 a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.
- Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.
- Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF.
- Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF.
- Servicios de médicos o profesionales.

Generalmente, la atención en los SNF 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

Día 1 al 100: copago de \$0

Más allá del día 100: usted es responsable de todos los costos.

Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Un período de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada.

El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Servicios cubiertos

Lo que usted paga

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

Si consume tabaco pero no presenta signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas presenciales.

Si consume tabaco y ha sido diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco: cubrimos los servicios de consejería para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de consejería para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted deberá pagar el costo compartido correspondiente. Cada intento de consejería incluye hasta cuatro visitas presenciales.

Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)

Tarjeta de pago precargada por un monto de \$110. La tarjeta se recarga cada tres meses y el monto se acumula dentro del mismo año del plan. Todos los fondos deben utilizarse antes del final del año del plan (31 de diciembre). Se debe cumplir con el requisito de elegibilidad.

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

Copago de \$0 para compras que califiquen.

***Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)**

El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática

Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.

El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:

- Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de entrenamiento con ejercicio terapéutico para PAD en pacientes con claudicación.
- Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico.
- Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD.
- Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.

El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.

Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare

Su proveedor debe seguir los requisitos de autorización previa.

Servicios cubiertos

Lo que usted paga

*Servicios de Transporte

Tiene cobertura para 55 viajes de ida a lugares aprobados por el plan, cada año calendario. Pueden aplicarse límites de kilometraje.

Usted debe:

- Utilice los proveedores de transporte contratados por Community First Health Plans
- Ir hacia y desde los proveedores e instalaciones de la red de este plan dentro del área de servicio

Autorización previa requerida

Usted paga un copago de \$0 por cada viaje de ida a lugares aprobados por el plan.

Servicios de urgencia

Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red.

Esta cobertura está dentro de los Estados Unidos.

Copago de \$0

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. Original Medicare 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 \$0 para exámenes de la vista para tratar afecciones oculares

Copago de \$0 (1 por año) para exámenes de la vista de rutina

Copago de \$0 (límite de beneficio de \$375 cada año) para anteojos

Servicios cubiertos	Lo que usted paga
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones 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 coaseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.

SECCIÓN 3 Servicios fuera de la cobertura de Community First Medicare D-SNP (HMO)

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas
Servicios de ambulancia (medicamente necesarios)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$ 0 por servicios cubiertos por Medicaid
Dispositivos de comunicación de asistencia	Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Medición de la masa ósea	El examen de densidad ósea es un beneficio de Texas Medicaid. Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Rehabilitación cardíaca	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios quiroprácticos	Tratamiento de manipulación quiropráctica (CMT) realizado por un quiropráctico autorizado por la Junta de Examinadores quiroprácticos del Estado de Texas es un beneficio de Texas Medicaid. Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Exámenes de detección colorrectal (para mayores de 50 años)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios dentales (para personas de 20 años o menos; o 21 años o más en una exención de ICF o IDD)	Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Suministros para diabéticos (incluye cobertura para tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Pruebas de diagnóstico, radiografías, Servicios de laboratorio y Servicios de radiología	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Elección de médico y hospital	Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del médico y el hospital.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas
Consultas en el consultorio del médico	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Diálisis	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Equipo médico duradero (DME) (incluye sillas de ruedas y oxígeno)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención de emergencia (cualquier visita a la sala de emergencias cuando el miembro cree que necesita atención de emergencia)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Educación sobre salud y bienestar (asesoramiento nutricional para niños, dejar de fumar para mujeres embarazadas, examen anual para adultos, educación sobre enfermedades renales)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios auditivos	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención médica en casa	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Hospicio	Medicaid paga este servicio para ciertos miembros de la exención si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por los servicios cubiertos por Medicaid. <i>Nota: Cuando los clientes adultos eligen los servicios de hospicio, renuncian a sus derechos a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a los servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.</i>
Vacunas	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Hospitalización para pacientes internados	Las estadías en el hospital para pacientes internados son un beneficio cubierto. Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con elección del hospital. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas
Atención psiquiátrica para pacientes internados	Las estadias en un hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados son un beneficio cubierto para miembros menores de 21 años y miembros de 65 años o más. Estancias hospitalarias de cuidados agudos para pacientes el tratamiento es un beneficio cubierto para miembros de 21 a 64 años de edad, de acuerdo con 42 CFR §438.6 (e), aunque las MCO de Medicaid pueden optar por cubrir estadias en centros psiquiátricos en lugar de hospitales de cuidados agudos. Medicaid paga coaseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con elección del hospital. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Mamografías (detección anual)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Prima mensual	La asistencia de Medicaid con el pago de la prima puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Dispositivos ortopédicos y protésicos (aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.)	Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años (CCP), Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Medicaid paga las prótesis mamarias para miembros de todas las edades si no están cubiertas por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Cirugía/Servicios para pacientes externos	Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años, Medicaid paga por este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Prueba de papanicolaou y exámenes pélvicos	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de podiatría	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Medicamentos recetados	Medicaid paga los medicamentos de la Parte B si no están cubiertos por Medicare. Medicaid no cubrirá ningún medicamento de la Parte D de Medicare.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas
Detección del cáncer de próstata	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Centro de enfermería especializada (SNF) (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de telemedicina	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Transporte (rutina)	El Programa de transporte médico de Medicaid (MTP) proporciona transporte que no es de emergencia, si no está cubierto por Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención de urgencia	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de cuidado de la vista	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid Los servicios de un óptico se limitan a la adaptación y distribución de anteojos y lentes de contacto médicamente necesarios.

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” por Medicare.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos por Medicare bajo ninguna circunstancia o que solo están cubiertos en situaciones específicas.

Si usted recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto en los situaciones específicas que se indican más abajo. Incluso si recibe estos servicios excluidos en una sala de emergencias, seguirán sin estar cubiertos, y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es si usted presenta una apelación y se determina que el servicio médico debió haber sido cubierto debido a su situación particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
Cirugía o procedimientos cosméticos cuidado custodial y	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.
Cuidado de compañía El cuidado custodial es atención personal que no requiere la supervisión continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que le ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarte o vestirse.	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Original Medicare 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).
Honorarios cobrados por cuidados brindados por sus familiares directos o miembros de su hogar	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Comidas a domicilio	No están cubiertos en ninguna circunstancia
Servicios de asistencia en el hogar incluyen ayuda básica con las tareas del hogar, como limpieza ligera o preparación sencilla de alimentos.	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Atención dental que no sea de rutina	Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedades del pie diabético
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Cuidado dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Exámenes rutinarios de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para baja visión	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Cuidado rutinario de los pies	Cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes rutinarios de audición, audífonos o exámenes para adaptar audífonos	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia
Servicios considerados no razonables ni necesarios según los estándares de Medicare Original	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia

CAPÍTULO 5

Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

Capítulo 5. Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan	85
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D	85
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	85
Sección 2.1	Farmacias de la red	86
Sección 2.2	El servicio de pedido por correo de nuestro plan	86
Sección 2.3	Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	87
Sección 2.4	Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	88
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	88
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	88
Sección 3.2	Hay 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos.	89
Sección 3.3	Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos	90
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones de cobertura	90
Sección 4.1	Por qué algunos medicamentos tienen restricciones	90
Sección 4.2	Tipos de restricciones	90
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desea	91
Sección 5.1	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?	93
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	93
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	94
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	95
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	96
Sección 9.1	En un hospital o centro de atención de enfermería especializada para una estadía que esté cubierta por el plan	96
Sección 9.2	Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)	96
Sección 9.3	Si recibe cobertura de medicamentos de un plan de empleador o grupo de jubilados	96
Sección 9.4	Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare	97
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	97
Sección 10.1	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides	97
Sección 10.2	Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos	98

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Debido a que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que está en el programa de “Ayuda adicional”, es **posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un inserto por separado, llamado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocida como la “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula de LIS”), que le informa sobre su medicamento cobertura. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Servicio para los miembros y solicite la Cláusula adicional LIS. (Los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este documento)

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D

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.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid. (La información de contacto de Servicios para Miembros se encuentra en la portada de este documento).

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos mientras siga estas normas:

- 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 sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos (Formulario)* (Consulte la Sección 3)
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).
- 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 Surta sus medicamentos recetados 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 recetados 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 recetados 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 recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos recetados 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*, visitar nuestro sitio web [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) o llamar a Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada 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 del plan, 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 los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento) o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com).

Farmacia especializada

Algunos medicamentos recetados 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 Servicios para los miembros.
- Farmacias que brinden 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 a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

Sección 2.2 El 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 **suministro del medicamento para al menos 30 días y no más de 90 días..**

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados por correo, *y para saber cómo empezar, llame a NoviXus al (877) 668-4987, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm EST y los sábados de 9:00 am a 5:00 pm EST. También puede visitar Novixus.com.*

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

Si su receta está archivada en su farmacia local, vaya a su farmacia para surtir la receta. Si su receta retrasada no está archivada en su farmacia local, pídale a su médico que llame a su farmacéutico para que le dé una nueva receta. O su farmacéutico puede llamar al consultorio del médico para que solicite la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda de la farmacia al (866) 333-2757, las 24 horas del día, los 7 días de la semana si tiene algún problema, pregunta, inquietud o necesita una anulación de reclamo por una receta retrasada.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea surtir el medicamento inmediatamente o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se 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.*

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Puede hacerlo comunicándose con la farmacia de pedidos por correo al (877) 668-4987, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm EST y sábados de 9:00 am a 5:00 pm EST y configurando sus preferencias de comunicación.

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

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. 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 afección crónica o a largo plazo). Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

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 los miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento).
2. Usted, puede utilizar 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 en 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 utilizar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. evisé 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 recetados surtidos en una farmacia fuera de la red solo bajo estas situaciones:

- **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 paciente en un departamento de emergencias, una clínica basada en un proveedor, una cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio.

Si debe 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. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del 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 debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare.

La Lista de medicamentos muestra solo los medicamentos que están cubiertos por la Parte D. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos para usted bajo sus beneficios por Medicaid. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid. (La información de contacto de Servicios para Miembros se encuentra en la portada de este documento).

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

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado,
- O bien, esté 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 recetados.

- 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 5 “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro 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 de especialidad. 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 al miembro para averiguar si lo cubrimos.
2. Visite el sitio web del plan en [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los 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 de Servicios para los miembros figuran 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 recetados, 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 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 recetados a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como usted desea

Existen situaciones en las que un medicamento recetados que usted toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene 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.
- 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.

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 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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.
- 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 que

usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que usted toma debe haber sido retirado de la Lista de medicamentos de nuestro plan o tener algún tipo de restricción.

- Si usted es un nuevo miembro, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
- Si usted estuvo en nuestro plan el año pasado, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples dispensaciones para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar desperdicios.)
- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días 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

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. Usted tiene 2 opciones.

Opción 1: Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si un medicamento diferente, cubierto por nuestro plan, podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios al Miembro (los números de teléfono de Servicios al Miembro están impresos en la portada de este documento) para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Opción 2: 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. 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 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se explican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Sección 5.1 ¿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 más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la portada de este documento) y pedir una Lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro 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 7.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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, el plan podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el 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 de inmediato o hacer cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos**
 - Podemos eliminar de inmediato un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel o en un nivel de costo compartido menor, y con las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de

marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

- Podemos hacer estos cambios de inmediato y avisarle después, incluso si usted está tomando el medicamento que eliminamos o al que le hicimos cambios. Si usted toma el medicamento similar en el momento en que se realiza el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que se haya hecho.

- **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.

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

- 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 recetados que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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 recetados 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 recetadas 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.

Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados 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

Para surtir su receta, proporcione 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 enviará automáticamente la factura a nuestro plan por la parte del costo que nos corresponde. Usted deberá pagar a la farmacia su parte del costo cuando recoja su medicamento recetado.

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 recojerlo**. Luego puede **solicitarnos que el reembolso** de la parte que nos corresponde. Consulte el

SECCIÓN 9 Cobertura de 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 el plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras 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 recetados a través de la farmacia del centro o la farmacia que usa el 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 (LTC) o la farmacia que usa 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 reside en un centro de atención a largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera regular sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de atención a largo plazo.

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 recibe cobertura de medicamentos de un plan de empleador o grupo de jubilados

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

En general, si tiene cobertura de su empleo o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos recetados 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 recetados 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

recetados estándar de Medicare.

Guarde cualquier aviso 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 grupo de jubilados o del 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 sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento recetados. 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 afección.
- 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 para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- 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 puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados 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 prescriptores o farmacias o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus prescriptores para asegurarnos de que el uso que haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus prescriptores y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina recetados 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 recetados en determinada(s) farmacia(s).
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina recetados 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. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos cuyos costos superan una cantidad específica, o que están en el Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudarlos a usar los opioides de manera segura, pueden recibir servicios a través del programa MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, podrá hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que incluye una lista de tareas recomendadas con pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma, cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve

el resumen con usted a su cita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela consigo (por ejemplo, junto con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

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

CAPÍTULO 6

***Lo que usted paga por los
medicamentos de la Parte D***

Capítulo 6 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1	Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D	102
Sección 1.1	Tipos de costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos	102
Sección 1.2	Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo	102
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Community First Medicare Advantage D-SNP	103
SECCIÓN 3	Su Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra	104
Sección 3.1	Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos	104
SECCIÓN 4	Etapas del deducible	105
SECCIÓN 5	Etapas de cobertura inicial	105
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene	105
Sección 5.2	Sus costos por un suministro para un mes de un medicamento cubierto	106
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	108
Sección 5.4	Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto por la Parte D	108
Sección 5.5	Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$2,100	109
SECCIÓN 6	Etapas de cobertura catastróficas	109
SECCIÓN 7	Información de beneficios adicionales	110
Sección 7.1	Nuestro plan ofrece beneficios adicionales	110
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por vacunas de la Parte D	110



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

En este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de Parte D por ley. Algunos medicamentos excluidos de la parte D, están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o cubiertos bajo Medicaid.

Para comprender la información de pago usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos recetados y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando use la herramienta de beneficios en tiempo real (“Real-Time Benefit Tool”) de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos en CommunityFirstMedicare.com, el costo que verá será una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información proporcionada en la herramienta de beneficios en tiempo real llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

¿Cómo puede obtener información sobre el costo de sus medicamentos?

Como es elegible para Medicare, califica y está recibiendo Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que tiene Ayuda Adicional, **parte de la información en este Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Tenemos un folleto separado llamado Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos Recetados (también conocido como el Anexo de Subsidio por Bajos Ingresos o LIS Rider), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento) y solicite el LIS Rider.

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por 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 paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El “**coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Section 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre qué se considera y qué no se considera para sus costos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus costos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus costos de bolsillo.

Sus costos de bolsillo incluyen los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y usted 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 otro plan de medicamentos de Medicare antes de unirse a nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por programas de Ayuda adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAPs) y la mayoría de las organizaciones benéficas. Importa quién paga.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de **\$2,100** en costos 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 costos de bolsillo.

Sus costos 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 usted obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red de medicamentos
- Que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Pago de sus medicamentos realizado por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación de trabajadores)
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos bajo el programa de descuento de fabricantes

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

- El informe de explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus costos de desembolso. Cuando este monto alcance los **\$2,100**, el EOB de la Parte D le indicará que ha abandonado la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.1 le indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Community First Medicare Advantage D-SNP

Existen 3 etapas de pago de medicamentos para su cobertura bajo Community First Medicare Advantage D-SNP (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. En particular, hay 2 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.

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

- **Información 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.** 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.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta con la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles a costo más bajo.** Muestra información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada reclamación de receta, si corresponde.

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 usa una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando realiza 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. 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*, 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 los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa del deducible

Debido a que la mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, la etapa de deducible no se aplica a la mayoría de los miembros.

Si no recibe “Ayuda adicional”, la etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible del plan, que es de \$615 para 2026. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 1 al Nivel 5** hasta que alcance el monto deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. 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 en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de dispensación para los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare. Una vez que haya pagado **\$615** por los medicamentos, 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, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el monto de coaseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Nuestro plan tiene cinco niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la lista de medicamentos de nuestro 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.
- Usted paga \$35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en los niveles 1 a 4.

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. Solo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y como surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y nuestro *Directorio de farmacias* del 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 coaseguro.

El monto del copago o coaseguro depende del nivel de costo compartido en el que está su medicamento.

Su costo compartido cuando recibe un suministro para un mes de un medicamento cubierto por la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido (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 30 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 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	0% de coaseguro	0% de coaseguro	0% de coaseguro	0% de coaseguro	0% de coaseguro
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro	25% de coaseguro

Usted no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos 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 de un medicamento cubierto. 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 (la “tarifa de 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”).

La parte que le corresponde pagar del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	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)	0% de coaseguro	0% de coaseguro
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	25% de coaseguro	25% de coaseguro
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	N/A	N/A

Usted no pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

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 sus costos totales de bolsillo alcancen los **\$2,100**. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

La *explicación de beneficios de la Parte D* (Part D EOB) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto usted y nuestro plan, así como cualquier tercero, han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de **\$2,100** de gastos de bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para más 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 bolsillo 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 de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.
- Para los medicamentos excluidos que están cubiertos bajo nuestro beneficio mejorado, usted paga un monto de coaseguro.

SECCIÓN 7 Información de beneficios adicionales

Sección 7.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) 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.

Hay 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **aplicarle de la vacuna**. (A veces se le denomina 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 coaseguro 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.

- 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 coaseguro por la vacuna (incluida la administración) y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe 'Ayuda Adicional', le reembolsaremos esta diferencia).

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, 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 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. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos su coaseguro habitual por la vacuna (incluida la administración), y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si usted recibe 'Ayuda Adicional', le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7

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

Capítulo 7. Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitar que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.	114
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	116
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	116
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	117
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.	117

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

Los proveedores de nuestra red facturan directamente a nuestro plan los servicios y medicamentos cubiertos. Si usted recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverlo a menudo se denomina “reembolsarle”). Es su derecho a 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 nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos los servicios o medicamentos.

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 ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

- Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sin importar si forma parte de nuestra red o no. En estos casos, usted debe pedirle al proveedor que envíe una factura a nuestro plan.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, 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 a nuestro 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, lo que se denomina **“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. (“Retroactiva” 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 cierta documentación para que coordinemos su reembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento recetado, 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 recetado porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, 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 pida 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 recetado 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 cubiertos (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 pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte 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.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. A esto se le llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 **Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió**

Sección 2.1 **Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago**

Usted puede solicitarnos que le reembolsemos el monto enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y 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 de nuestro sitio web [MedicareAlamo.com](https://www.MedicareAlamo.com) o llame a Servicios para los Miembros y pida el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros están impresos en la portada 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.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer

con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

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, pagaremos nuestra parte del costo por este servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si usted pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto completo que pagó (por ejemplo, si obtuvo el medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que el precio negociado por nuestro plan). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- 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 procedimiento formal con pasos detallados y fechas límite importantes. Para obtener más información 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	121
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted consistente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)	121
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos .	121
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal.	122
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos.	127
Sección 1.5	Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica	127
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	129
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	129
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.	129

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted consistente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

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 miembros, 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 inglés. También podemos proporcionarle materiales en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro 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 están impresos en la portada de este documento).

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, consultar con una especialista en salud femenina o encontrar un especialista dentro de la red, llame para presentar una queja 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 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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) de la red de nuestro plan que 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 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.
 - Por ejemplo, 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 nuestro 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 portada de este documento).

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.

(“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 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>.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES continuado

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 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

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 de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro del plan Community First Medicare Advantage D-SNP (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 portada de este documento):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra 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 médicos 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 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**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. 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.** Puede pedirle un formulario a su abogado, 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 portada 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 un formulario de “instrucciones anticipadas” 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 tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

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 siente 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 1-800-368-1019 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) 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 portada 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 1-800-735-2989).
- **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:

- Llame a **Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la portada 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 1-800-735-2989).
- Comuníquese con **Medicare**.
 - Visite www.Medicare.gov/Basics/Your-Medicare-Rights para leer la publicación "Derechos y protecciones de Medicare" (disponible en: www.Medicare.gov/Basics/Your-Medicare-Rights).
 - 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 de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). Estamos aquí para ayudar.

- **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 con receta 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.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan y la tarjeta de Medicaid 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 los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si usted tiene preguntas, séguese 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 contribuya 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:
 - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare por usted, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del 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. Esto será un coaseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este documento para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **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, 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	134
Sección 1.1	Términos legales.	134
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.	134
SECCIÓN 3	Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid	136
SECCIÓN 4	Qué proceso debe utilizar para su problema	136
SECCIÓN 5	Una guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones	136
Sección 5.1	Obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación.	137
Sección 5.2	Normas y plazos para diferentes situaciones	138
SECCIÓN 6	Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	139
Sección 6.1	Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención	139
Sección 6.2	Cómo solicitar una decisión de cobertura	139
Sección 6.3	Cómo presentar una apelación de Nivel 1.	141
Sección 6.4	El proceso de apelación de Nivel 2	143
Sección 6.5	Si está solicitando que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por atención médica.	145
SECCIÓN 7	Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	146
Sección 7.1	Esta sección le indica 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	146
Sección 7.2	Solicitar una excepción	147
Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones	148
Sección 7.4	Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	148
Sección 7.5	Cómo presentar una apelación de Nivel 1.	151
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto	155
Sección 8.1	Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos	155
Sección 8.2	Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital	156
Sección 8.3	Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital	157
SECCIÓN 9	Cómo solicitar a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.	158
Sección 9.2	Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo	159
Sección 9.3	Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo	161
SECCIÓN 10	Llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5	162

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos 162

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid 163

Sección 10.3 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D 163

SECCIÓN 11 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.164**

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 164

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) 166

Sección 11.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 166

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica el procesos para el manejo de problemas e inquietudes. El proceso que usa para manejar su problema depende de el tipo de problema que tiene:

1. Si su problema tiene que ver con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicios para Miembros al (210) 358-6386. (TTY: 1-833-434-2347).
2. El tipo de problema que tiene:
 - 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).

La Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que debe usar y lo que debe hacer.

Sección 1.1 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. Para facilitar la comprensión, este capítulo utiliza palabras más comunes en lugar de algunos términos legales.

No obstante, es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos usar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos los términos legales cuando damos detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. 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 ayudarle son:

Programa de asistencia de seguro médico estatal (SHIP, por sus siglas en inglés)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para manejar un problema que esté teniendo. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. . 1-800-252-9240 TTY 1-800-735-2989

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 el sitio [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

Usted puede obtener ayuda e información sobre Medicaid.

Método	Texas Health and Human Services - Información de contacto
LLAME	Línea directa para clientes 1-800-335-8957 Lunes a viernes de 7 de la mañana a 7 de la tarde.
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.
ESCRIBA	Texas Health and Human Services P. O. Box 149024 Austin, TX 78714-9024
SITIO WEB	HHS.Texas.gov/Services/Health/Medicaid-CHIP

SECCIÓN 3 Comprender las quejas y apelaciones de Medicare y Medicaid

Usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto se llama un proceso integrado porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no están integrados. En esas situaciones, debe usar el proceso de Medicare para un beneficio cubierto por Medicare y el proceso de Medicaid para un beneficio cubierto por Medicaid. Estas situaciones se explican en la Sección 6.4.

SECCIÓN 4 Qué proceso debe utilizar para su problema

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes del capítulo que se aplican a su situación. La información a continuación le ayudará a encontrar la sección adecuada en este capítulo para resolver problemas o quejas acerca de los **beneficios cubiertos por Medicare**.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

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

- **Sí.**

Vaya a la **Sección 5, “Una guía sobre decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

- **No.**

Vaya a la **Sección 11**, al final de este capítulo: **“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 5 Una 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 decimos que no a todo o parte de su apelación de Nivel 1 relacionada con atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2, la cual será realizada por una organización de revisión independiente que no está vinculada a nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la Sección 6.4 de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 relacionadas con atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la sección 7 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación. (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 5.1 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 portada de este documento).
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica 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 atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, será enviada automáticamente al Nivel 2.
- Si su médico u otro proveedor solicita que se continúe un servicio o artículo que usted ya está recibiendo durante el proceso de apelación, es posible que deba nombrar a su médico u otro prescriptor como su representante para que actúe en su nombre.
- Para medicamentos de la Parte D, su médico u otro prescriptor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o prescriptor puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **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.
- Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
- Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento) y pida el formulario “**Nombramiento de representante**”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [CMS.HHS.gov/CMSForms/Downloads/CMS1696.pdf](https://www.cms.hhs.gov/CMSForms/Downloads/CMS1696.pdf)). El 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.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** 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, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 6** “Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** “Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 8** “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** “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*).

[Comprehensive 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 6 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

Sus beneficios de atención médica se describe 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. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de la Parte B 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 nuestro plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo (y que previamente fue aprobada) se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

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 8 y 9. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 6.2 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.

- Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida únicamente si cumplir con los plazos estándar pudiera causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente le otorgaremos la decisión rápida.**
- **Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una 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 una decisión rápida.
 - 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 usted considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las 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 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 11 para obtener información sobre las quejas.) Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no para parte o todo lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito

que explica 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 6.3 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 6.2.

Paso 2: solicite 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.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **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.**

Si le informamos que vamos a suspender o reducir servicios o artículos que usted ya está recibiendo, es posible que pueda continuar recibiendo durante el proceso de apelación.

- Si decidimos cambiar o suspender la cobertura de un servicio o artículo que usted recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta.
- Si usted no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si usted solicita la apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días naturales posteriores a la fecha del matasellos de nuestra carta o antes de la fecha prevista de entrada en vigor de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, podrá seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras se resuelve su apelación de Nivel 1. También continuará recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son parte de

su apelación) sin cambios.

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 6.4 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**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y 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.
 - Sin embargo, 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. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluyendo quejas rápidas, consulte la Sección 11.)
 - 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 6.4 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, 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, usted tiene derechos adicionales de apelación.**
- Si nuestra respuesta es “no” a todo o parte de lo que pidió, le enviaremos una carta.
 - Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le informará

que enviamos su caso a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

- Si su problema está relacionado con la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar usted mismo una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 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 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.

- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que normalmente está cubierto por Medicare, enviaremos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que normalmente está cubierto por Medicaid, usted puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. La carta le indicará cómo hacerlo. También encontrará información más abajo.
- Si su problema se refiere a un servicio o artículo que podría estar cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, recibirá automáticamente una apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial con el estado.
- Si usted calificó para la continuación de beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículo o medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2.
- Si su problema se refiere a un servicio que normalmente está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continuarán durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la organización de revisión independiente.
- Si su problema se refiere a un servicio que normalmente está cubierto por Medicaid, sus beneficios para ese servicio continuarán si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario posteriores a la recepción de la carta de decisión de nuestro plan.

Si su problema se refiere a un servicio o artículo que normalmente cubre Medicare:

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 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 explicará los motivos por qué tomó esa decisión.

- **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 a 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 **24 horas** de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la Organización de revisión independiente dice que no a parte o a 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.
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, deberá decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 de este capítulo explica el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Si su problema se refiere a un servicio o artículo que normalmente cubre Medicaid:

Paso 1: solicite una Audiencia Imparcial con el estado.

- El Nivel 2 del proceso de apelación para servicios que normalmente cubre Medicaid es una Audiencia Imparcial con el estado. Usted debe solicitar esta audiencia por escrito o por teléfono en **un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en que le enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nuestra parte le indicará dónde enviar su solicitud de audiencia.

Paso 2: la oficina de Audiencias Imparciales le da su respuesta.

La oficina de Audiencias Imparciales le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos.

- **Si la oficina de Audiencias Imparciales dice que sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, nosotros debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo dentro de las 72 horas después de recibir la decisión.
- **Si la oficina de Audiencias Imparciales dice no a parte o la totalidad de su apelación**, eso significa que está de acuerdo con nuestro plan y que su solicitud (o parte de ella) para recibir atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**.)

Si la decisión es no para todo o parte de lo que usted solicitó, puede presentar otra apelación.

Si la decisión de la Organización de revisión independiente o la oficina de Audiencias Imparciales es no a todo o parte de su solicitud, usted tiene **más derechos de apelación**.

La carta que reciba de la oficina de Audiencias Imparciales le explicará esta siguiente opción de apelación. Consulte la Sección 10 para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.

Sección 6.5 Si está solicitando que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que ha recibido por atención médica

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este documento: *Solicitar que paguemos nuestra parte de la factura por servicios médicos o por medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica 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 es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

Si desea que le reembolsemos por un servicio o artículo cubierto por **Medicare**, o si está solicitando que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo cubierto por Medicaid que usted ya pagó, pídanos que tomemos una decisión sobre esta cobertura. Comprobaremos si la atención médica que usted pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si decimos sí a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 30 días, pero no más tarde de 60 días calendario después de que recibimos su solicitud.
- **Si decimos no a su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta y no siguió todas las normas, no le

enviaremos el pago. En lugar de eso, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos por la atención médica y explicando los motivos.

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 6.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en el plazo de 30 días calendario después de haber recibido su apelación.
- 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 7 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para 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 7.2.**

- 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 7.2.**
- 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 7.2.**
- Solicitar que paguemos por un medicamento recetado que ya ha comprado. **Pida que le reembolsemos. Sección 7.4**

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 7.2 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 de nivel**.

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. 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 costo compartido que se aplique a todos nuestros medicamentos (25% de coaseguro). No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coaseguro que usted debe pagar por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos*.
- 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.

Términos legales

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción de nivel”**.

- 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 que corresponda al 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 productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricas 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 usted pagará el monto más bajo.

Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de solicitar 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 para solicitar 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 solicite 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’ a su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 7.4 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 rápida 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.
- **Otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 5.2 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este documento: *Solicitar que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”.** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo llamamos “declaración de respaldo”). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 7.2 y 7.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura de CMS* o en nuestro formulario del plan, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una **“determinación de cobertura acelerada”**.

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo “estándar”, a no ser que hayamos aceptado usar el plazo “rápido”. Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si su pedido hace referencia a 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).
- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican 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 decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
 - En esta carta, se le dirá que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.
 - En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se indica cómo presentar una “queja rápida”, lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

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 7.5 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 7.4 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** (los números de teléfonos están impresos en la portada de este documento). 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. Confirmaremos 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 7.6** 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 7.6** 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.

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”

- 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 respuesta de la Organización de revisión es “no” a 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 los requisitos, 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 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 10** de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

ECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando lo admiten en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar 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 8.1 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), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). También puede llamar 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.

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. En 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.
- 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.
- 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 2 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 los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada 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 ver el aviso en línea en [CMS.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html).

Sección 8.2 **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 los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP), para recibir asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.
- **Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) revisa su apelación.** Compruebe 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 un “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también es llamada “revisión inmediata”

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [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 **no después de la medianoche el día de su alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo,** se lo autorizará a 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 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 del alta.
- 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 (medicamente apropiado) darle de alta en esa fecha.

- Puede obtener un ejemplo del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembro (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). O puede obtener un ejemplo del aviso 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 después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (medicamente 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 desea continuar al “**Nivel 2**” del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad 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, deberá pagar el costo total de su estancia después de la fecha prevista del 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.
- 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 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitar 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 3 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 9.1 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 solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

- 1. Recibirá un aviso por escrito.** Al menos, 3 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 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea solicitarnos 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 los Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada 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 (QIO) revisa su apelación. Esta organización decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. **La Organización de Mejora de la Calidad (QIO)** 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) de su estado y 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 anterior a la fecha** de 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).

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 en que los revisores nos informaron sobre su apelación, usted recibirá de nuestra parte la *Explicación Detallada de No Cobertura*, que explica en detalle nuestras razones para 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 indican que la respuesta es que "sí" a 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 indican que la respuesta es que "no" a 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 indican que la respuesta es que "no" a 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 9.3 **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: comuníquese 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 calendario** después de que la Organización para la Mejora de la Calidad *indica que la respuesta es que “no”* a 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 relacionada con 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 indica 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.
- El aviso que recibirá, le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.
- Le darán 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 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 10.1 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. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar 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 el juez administrativo o un abogado adjudicador indica que la respuesta es que “sí” a 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 la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o mediador.
 - 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 la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador indican que la respuesta es que “no” a 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 continuar 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 la respuesta es que “sí” a apelación 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. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es que “no” a su apelación 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 continuar 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 continuar 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.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si dice “sí” o “no” a su solicitud. Esta decisión es definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Apelaciones adicionales de Medicaid

- Usted también tiene otros derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que Medicaid normalmente cubre. La carta que reciba de la oficina de Audiencia Imparcial le indicará qué hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Sección 10.3 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 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 la respuesta es que “sí” a su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o un abogado adjudicador **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 la respuesta del juez administrativo o un abogado adjudicador es que “no” a 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 continuar 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 la respuesta es que “sí” a su apelación, 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 la respuesta es que “no” a 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, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten continuar 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.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si dice “sí” o “no” a su solicitud. Esta decisión es definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué 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 la manera en que lo han tratado en Servicios para los 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.
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	• ¿No le entregamos un aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Calidad de oportuno (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 11.2 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.

- **Llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento) suele ser el primer paso.**
- **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.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para Miembros inmediatamente (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento) .** Puede presentar la queja en

cualquier momento después de que haya ocurrido 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.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 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 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

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 11.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en [Medicare.gov/MedicareComplaintForm/Home.aspx](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/Home.aspx). 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 nuestro plan

SECCIÓN 1	Cancelación su membresía en nuestro plan	169
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	169
Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid.	169
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta.	169
Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage	170
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial . .	170
Sección 2.5	Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía.	171
SECCIÓN 3	Cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan	172
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.	173
SECCIÓN 5	Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.	173
Sección 5.1	No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud	174
Sección 5.2	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	174

SECCIÓN 1 Cancelación su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) puede ser algo **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 ofrecen 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 continuar pagando sus costos compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertas épocas del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan al elegir una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- Medicare Original sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare (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).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios de Medicaid en un solo plan.

Nota: si cancela su cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y pasa 63 días o más continuos sin cobertura de medicamentos acreditable, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Llame a la Oficina de Medicaid de su estado para conocer las opciones de su plan de Medicaid.
- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **Período de inscripción abierta**. La sección 2.2 le ofrece más información sobre el Período de Inscripción Abierta.
- **Su membresía generalmente terminará el primer día del mes después de que recibimos su solicitud para cambiar de plan.** Su inscripción en el nuevo plan también comenzará ese mismo día.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta cada año. Durante ese tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida qué cobertura quiere 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 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 de medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que incluye sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los de Medicaid en un solo plan.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: si cancela su cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y pasa 63 días o más continuos sin cobertura de medicamentos acreditable, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Su membresía en nuestro plan se cancelará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.3 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.
 - Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiarse 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 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, usted puede ser elegible para cancelar su membresía en otros momentos del año. 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 de Texas (por ejemplo, si usted es miembro de STAR+PLUS).
 - Si cumple con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar la cobertura de medicamentos recetados 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 (Long Term Care, LTC).
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: si participa en un programa de manejo de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos Períodos Especiales de Inscripción. El Capítulo 5, Sección 10, le ofrece más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

Nota: la sección 2.1 le provee más información acerca del período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **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. Usted puede elegir:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que incluye sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los de Medicaid en un solo plan.

Nota: si cancela su cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y pasa 63 días o más continuos sin cobertura de medicamentos acreditable, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

- **Su membresía generalmente se cancelará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.

Nota: las secciones 2.1 y 2.2 le ofrecen más información sobre el periodo de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda adicional.

Sección 2.5 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

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea 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 D-SNP (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
- Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este documento). - También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Su inscripción en Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: si cancela su cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Adicional y pasa 63 días o más continuos sin cobertura de medicamentos acreditable, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Texas Medicaid, comuníquese con Texas Medicaid al 1-800-335-8957, TTY 711 o 1-800-735-2989 de lunes a viernes, de 7 de la mañana 7 de la tarde. Pregunte cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Medicare Original puede afectar la manera en que recibe su cobertura de Medicaid de Texas.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos 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 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 Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Community First Medicare Advantage D-SNP (HMO) debe cancelar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1 Sección 2.1, nuestro plan es para personas que son elegibles para tanto Medicare como para Medicaid
 - Si ya no cumple con los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan, su membresía en este plan finalizará después de seis meses. Recibirá un aviso de nuestra parte informándole del final de su membresía y sus opciones. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad, comuníquese con Servicios para Miembros al número que se encuentra en la contraportada de este documento.
 - El período de elegibilidad continua considerada del plan es de seis meses. El período de elegibilidad continua considerada comienza el primer día del mes siguiente al mes en el que pierde el estado de necesidades especiales.
- Si no paga su reducción de gastos médicos, si corresponde.
- 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 (los números de teléfono de para Servicios para Miembros están impresos en la portada de este documento) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- 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 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 nuestro plan.

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 portada de este documento).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Community First Health Plans 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, debe llamar 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 que aplican	177
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	177
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	177

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes que aplican

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

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **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. También puede consultar la información de la Oficina para Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 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 portada 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.

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 cuidado de la salud a domicilio (HHA, por sus siglas en inglés): una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta certificado, como ayuda con la cuidado 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 similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse 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 está sujeta a la ley estatal.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): 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 (CMS, por sus siglas en inglés): 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 después de que paga cualquier deducible.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados 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 penalización si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos recetados 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: Una cantidad que se le puede exigir que pague como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (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. Es posible que se aplique una “tarifa de 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.

Costos de bolsillo: consulte la definición de “costo compartido”. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro “paga de su bolsillo”.

Cuidado de compañía: 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.

Cuidado en un Centro de enfermería especializada [(SNF, por sus siglas en inglés) Care]: servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Deducible: es el monto que debe pagar por los medicamentos recetados o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: Una decisión sobre si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Determinación de la organización: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios 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.

D-SNP integrado: un D-SNP integrado es un plan que cubre los servicios de Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como individuos con doble elegibilidad con beneficios completos.

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 (DME, por sus siglas en inglés): 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: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

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 (EOC, por sus siglas en inglés) 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 del plan. Como miembro del Community First Medicare Advantage Plan para Necesidades Especiales de Elegibilidad Doble (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 beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó 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: es un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información sobre beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados y específicos del afiliado. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición de salud que un medicamento determinado y restricciones de cobertura.

(autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que brinda atención especial a los miembros que han sido certificados médicamente como en fase terminal, 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 elige recibir cuidados de hospicio y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Aún 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, por sus siglas en inglés) o respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema Micromedex DRUGDEX Information.

Individuo con doble elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medicaid.

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.

Límite de gastos de bolsillo: cantidad máxima que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro 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 (FDA, por sus siglas en inglés), 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 nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por 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.

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 Medicare con “pago por servicio”): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En 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 de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

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 del ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés): 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.

Monto máximo de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos. Los montos que paga por 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. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de desembolso personal).

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 la calidad (QIO, por sus siglas en inglés): 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 con receta 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 con receta 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 con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

Período de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios del hospital y del centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el primer día

que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

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 inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible 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.

Plan de costos de Medicare: 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 de necesidades especiales institucional (I-SNP): los I-SNPs restringen la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece una instalación, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertas instalaciones de cuidado a largo plazo. Los I-SNPs incluyen los siguientes tipos de planes: Planes institucionales equivalentes (IE-SNPs), Planes institucionales híbridos (HI-SNPs) y Planes institucionales basados en instalaciones (FI-SNPs).

Plan de necesidades especiales institucional equivalente (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro de atención.

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 (PPO, por sus siglas en inglés): 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 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 PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of AllInclusive Care for the Elderly, PACE) 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) tanto tiempo como sea 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.

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, por sus siglas en inglés): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a una asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad del individuo.

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 ha negociado 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 recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, 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 denominan biosimilares (consulte también **“Producto biológico original”** y **“Biosimilar”**).

Programa de descuentos del fabricante: Un 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, por sus siglas en inglés): 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 (PCP, por sus siglas en inglés): el médico u otro profesional que usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro profesional de salud.

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 un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no están empleados, ni son propiedad ni están operados por nuestro plan.

Queja: 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.

Reclamo: 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.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés): 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.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como la vista, la atención dental o la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

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.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando el tratamiento tiene más probabilidades de ser eficaz (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): consulte “Ayuda adicional”.

Tarifa de costo compartido diario: Es posible que se aplique una tarifa diaria de costo compartido cuando su médico/a le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días del suministro de un mes. A continuación, se incluye un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa diaria de costo

compartido" es de \$1 por día.

Tarifa de dispensación: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento recetados. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento recetado.

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.

Servicios para los miembros del plan Community First Health Plans Medicare Advantage D-SNP (HMO)

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Disponibles 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 8 de la noche (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería disponible los fines de semana y feriados del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Ofrecemos 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. (24 horas al día, 7 días a la semana)
ESCRIBA	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	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	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

Plan Community First Medicare Advantage
para Necesidades Especiales de Elegibilidad
Doble (D-SNP) (HMO) H5447-002

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

COMMUNITY FIRST
— MEDICARE ADVANTAGE —
D-SNP (HMO)

12238 Silicon Drive, Ste. 100
San Antonio, Texas 78249
MedicareAlamo.com