

COMMUNITY FIRST
— MEDICARE ADVANTAGE —

2027

ALAMO (HMO)

EVIDENCIA DE COBERTURA

RESUMEN DE SU PLAN

Community First Medicare Advantage

Alamo Plan (HMO) H5447-001

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Consulte el interior para aprovechar los beneficios, los servicios y las coberturas de medicamentos que ofrece su plan.

Llame a Servicios para Miembros o visite nuestra página web para obtener más información.

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

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

(del 1 de octubre al 31 de marzo)

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

(del 1 de abril al 30 de septiembre)

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

TTY 711

las 24 horas del día/los 7 días a la semana

Brindamos servicios a los residentes del condado de Bexar.

CommunityFirstMedicare.com



Evidencia de cobertura

Año fiscal 2027

Resumen de Nuestro Plan

**Community First Medicare
Advantage Alamo Plan (HMO) H5447-001
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027**

Consulte el interior para aprovechar los beneficios, los servicios, y las coberturas de medicamentos que ofrece el plan.

Llame a Servicios para Miembros o visite nuestra página web para obtener más información sobre el plan.

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

Los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo)

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre)

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

TTY 711

Las 24 horas del día, los siete días de la semana

Brindamos servicios a los residentes del condado de Bexar.

CommunityFirstMedicare.com

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO).

En este documento se proporcionan los detalles sobre su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- Su prima del plan y el costo compartido.
- Sus beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347, los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (desde el 1 de octubre al 31 de marzo); de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (desde el 1 de abril al 30 de septiembre). El servicio de mensajería se utiliza los fines de semana, fuera del horario laboral y en días festivos federales. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Este plan, Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), lo ofrece Community First Health Plans, Inc. (Cuando esta Evidencia de cobertura dice “nosotros” o “nuestro”, se refiere a Community First Health Plans, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere al Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO).

Este documento está disponible en español y en diferentes formatos, incluso en braille y en letra grande. Póngase en contacto con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) si desea que le enviemos este documento por correo en un formato diferente.

Los beneficios, primas, deducibles o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

Índice

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

Capítulo 1	Primeros pasos como Miembro	7
SECCIÓN 1	Usted es Miembro de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)	7
Sección 1.1	Está inscrito en Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), que es un plan HMO de Medicare	7
Sección 1.2	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad para el plan	8
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	Área de servicio de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)	8
Sección 2.3	Ciudadano o nacional estadounidense, o no ciudadano elegible	8
SECCIÓN 3	Materiales importantes para la membresía	9
Sección 3.1	Tarjeta de membresía de nuestro plan	9
Sección 3.2	Directorio de proveedores	9
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i>	10
Sección 3.4	Lista de medicamentos (<i>Formulario</i>)	10
SECCIÓN 4	Resumen de los costos importantes para 2027	10
Sección 4.1	Prima del plan	11
Sección 4.2	Primas mensuales de la Parte B de Medicare	12
Sección 4.3	Penalización por inscripción tardía en la Parte D	12
Sección 4.4	Importe del ajuste mensual relacionado con los ingresos	13
Sección 4.5	Importe del Plan de pago de medicamentos con recetas de Medicare	13
SECCIÓN 5	Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan	13
SECCIÓN 6	Cómo funciona el otro seguro con nuestro plan	14
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos	16
SECCIÓN 1	Información de contacto de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)	16
SECCIÓN 2	Cómo obtener ayuda de Medicare	17
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP)	18
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)	19
SECCIÓN 5	Seguridad Social	20
SECCIÓN 6	Medicaid	20
SECCIÓN 7	Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos con receta	21
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)	23
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?	24
Capítulo 3	Uso de nuestro plan para sus servicios médicos	25
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	25
Sección 1.1	Proveedores de la red y servicios cubiertos	25
Sección 1.2	Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica	25
SECCIÓN 2	Uso de proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica	26
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para obtener y controlar su atención médica	26
Sección 2.2	Atención médica que puede obtener sin la derivación de un PCP	27
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	28
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	29
SECCIÓN 3	Cómo acceder a servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad urgente de atención	29
Sección 3.1	Obtenga atención en una emergencia médica	29
Sección 3.2	Reciba atención cuando los servicios sean urgentemente necesarios	30
Sección 3.3	Reciba atención durante una catástrofe	30
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	31
Sección 4.1	Si nuestro plan no cubre los servicios, debe pagar el costo total	31
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	31
Sección 5.1	¿Qué es un estudio de investigación clínica?	31

Sección 5.2	Quién paga los servicios de un estudio de investigación clínica	32
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una institución de atención no médica religiosa	32
Sección 6.1	Una institución religiosa de atención no médica	32
Sección 6.2	Cómo obtener atención en una institución de atención no médica religiosa	33
SECCIÓN 7	Normas sobre propiedad de equipos médicos duraderos	33
Sección 7.1	No le pertenecerá el equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan	33
Sección 7.2	Normas para equipos y suministros de oxígeno y mantenimiento	34
Capítulo 4	Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga)	35
SECCIÓN 1	Entienda cuáles son sus costos de bolsillo por servicios cubiertos	35
Sección 1.1	Costos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos	35
Sección 1.2	¿Cuál es el monto máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?	35
Sección 1.3	Los proveedores no pueden facturarle el saldo	36
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos contiene sus beneficios médicos y los costos	36
SECCIÓN 3	Servicios no cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	60
Capítulo 5	Uso de la cobertura del plan para sus medicamentos de la Parte D	63
SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan	63
Sección 1.1	Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan	63
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan	63
Sección 2.1	Farmacias de la red	63
Sección 2.2	Servicio de pedidos por correo de nuestro plan	64
Sección 2.3	Cómo conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo	65
Sección 2.4	Uso de una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan	65
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	66
Sección 3.1	La Lista de medicamentos le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	66
Sección 3.2	Hay cinco niveles de costo compartido para los medicamentos de la Lista de medicamentos	67
Sección 3.3	Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos	67
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones en la cobertura	67
Sección 4.1	Por qué algunos medicamentos tienen restricciones	67
Sección 4.2	Tipos de restricciones	68
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría	68
Sección 5.1	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto?	70
SECCIÓN 6	Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año	70
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	72
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	72
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	73
Sección 9.1	En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan.	73
Sección 9.2	Como residente en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)	73
Sección 9.3	Si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o plan para jubilados	73
Sección 9.4	Si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare	74
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y el control de los medicamentos	74
Sección 10.1	Programa de control de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides	74
Sección 10.2	Programa de manejo de terapias con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar medicamentos	75
Capítulo 6	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	76
SECCIÓN 1	Lo que paga por los medicamentos de la Parte D	76
Sección 1.1	Tipos de costos de bolsillo que podría pagar por medicamentos cubiertos	76
Sección 1.2	Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo	76
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)	77

SECCIÓN 3	En su <i>Explicación de beneficios (EOB)</i> de la Parte D se describe en qué etapa de pago se encuentra	78
Sección 3.1	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos	78
SECCIÓN 4	La etapa del deducible	79
SECCIÓN 5	La etapa de cobertura inicial	79
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta la receta	79
Sección 5.2	Sus costos por un suministro para <i>un mes</i> de un medicamento cubierto de la Parte D	80
Sección 5.3	Si el médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro mensual	81
Sección 5.4	Sus costos para un suministro <i>a largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento cubierto por la Parte D	81
Sección 5.5	Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de los medicamentos para el año alcance \$2,400	82
SECCIÓN 6	La etapa de cobertura catastrófica	82
SECCIÓN 7	Información adicional sobre beneficios	82
SECCIÓN 8	Lo que paga por las vacunas de la Parte D	82
Capítulo 7	Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos	84
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería solicitar que paguemos nuestra parte por servicios cubiertos o medicamentos cubiertos	84
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos una devolución o el pago de una factura	86
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o denegaremos	86
Sección 3.1	Si le informamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento de forma total o parcial, puede presentar una apelación	86
Capítulo 8	Sus derechos y responsabilidades	87
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales	87
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y consistente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).	87
Sección 1.2	Debemos garantizar que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos	87
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal	88
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos	93
Sección 1.5	Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención	93
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	94
Sección 1.7	Si cree que está recibiendo un tratamiento injusto o que no se respetan sus derechos	94
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	95
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como Miembro de nuestro plan	95
Capítulo 9	Si tiene un problema o queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)	97
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	97
Sección 1.1	Términos legales	97
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	97
SECCIÓN 3	Qué proceso seguir para su problema	98
SECCIÓN 4	Una guía para las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones	98
Sección 4.1	Obtener ayuda para solicitar una decisión sobre la cobertura o para presentar una apelación	99
Sección 4.2	Normas y plazos para diferentes situaciones	100
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	100
Sección 5.1	Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura médica o quiere que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención	100
Sección 5.2	Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura	101
Sección 5.3	Cómo presentar una apelación de Nivel 1	102
Sección 5.4	El proceso de apelación de Nivel 2	104
Sección 5.5	Si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica	105

SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	106
Sección 6.1	Qué hacer si tiene problemas para conseguir un medicamento de la Parte D o desea un reembolso por un medicamento de la Parte B	106
Sección 6.2	Solicitar una excepción	107
Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones	108
Sección 6.4	Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción	108
Sección 6.5	Cómo presentar una apelación de Nivel 1	110
Sección 6.6	Cómo presentar una apelación de Nivel 2	112
SECCIÓN 7	Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más larga si considera que el médico le da el alta demasiado pronto	113
Sección 7.1	Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se informan sus derechos	114
Sección 7.2	Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria	114
Sección 7.3	Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria	116
SECCIÓN 8	Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto	117
Sección 8.1	Le informaremos con antelación cuándo terminará su cobertura	117
Sección 8.2	Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	118
Sección 8.3	Cómo hacer que una apelación de Nivel 2 logre que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	119
SECCIÓN 9	Avanzar con la apelación a los Niveles 3, 4 y 5	120
Sección 9.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	120
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D	121
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	123
Sección 10.1	¿Qué tipo de problemas se gestionan en el proceso de quejas?	123
Sección 10.2	Cómo presentar una queja	124
Sección 10.3	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad	125
Sección 10.4	También puede informar a Medicare sobre su queja	125
Capítulo 10	Fin de la membresía en nuestro plan	126
SECCIÓN 1	Fin de su membresía en nuestro plan	126
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	126
Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta	126
Sección 2.2	Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage	126
Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Periodo de inscripción especial	127
Sección 2.4	Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía	128
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	128
Sección 3.1	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	128
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, seguirá recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	129
SECCIÓN 5	Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) debe finalizar su membresía en determinadas situaciones	129
Sección 5.1	No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud	130
Sección 5.2	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	130
Capítulo 11	Avisos legales	131
SECCIÓN 1	Aviso sobre la legislación aplicable	131
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	131
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación como pagador secundario de Medicare	131
Capítulo 12	Definiciones	132

Capítulo 1 Primeros pasos como Miembro

SECCIÓN 1 Usted es Miembro de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)

Sección 1.1 Está inscrito en Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), que es un plan HMO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y ha decidido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta a través de nuestro plan, Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Medicare Original.

Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) es un Plan HMO Medicare Advantage (HMO significa Organización de Mantenimiento de la Salud en inglés) aprobado por Medicare y gestionado por una empresa privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Forma parte de nuestro contrato con usted.

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o en las condiciones que afecten a esta. Estos avisos a veces se denominan “cláusulas” o “enmiendas”.

El contrato está vigente durante los meses en los que mantenga la inscripción en Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año natural. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan o hacerlo en otra área de servicio, después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cada año. Usted puede seguir obteniendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve su aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad para el plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que cumpla todas estas condiciones:

- Usted tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (que se describe en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran que vivan en el área geográfica de servicio, aunque estén físicamente ubicadas dentro de ella.
- Usted es ciudadano o nacional estadounidense, o no ciudadano elegible.

Sección 2.2 Área de servicio de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)

Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) solo está disponible para personas que viven en nuestra área de servicio. Para seguir siendo Miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación e incluye los siguientes condados de **Texas**:

- Bexar

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

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

Sección 2.3 Ciudadano o nacional estadounidense, o no ciudadano elegible

Usted debe ser ciudadano o nacional estadounidense, o un no ciudadano elegible para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará al Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) si no es elegible para seguir siendo Miembro de nuestro plan por esta razón. Community First Health Plans debe darle de baja si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía

Sección 3.1 Tarjeta de membresía de nuestro plan

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

COMMUNITY FIRST
HEALTH PLANS

H5447-001 (HMO)
MEDICARE ADVANTAGE ALAMO

Name: John M. Doe
Member ID: AD0000000000000
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

Navitus Health Solutions
H5447_1020000031_C

MedicareRx
Prescription Drug Coverage
RxBIN: 61060200
RxPCN: NVTD
RxGRP: CFD001

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, 8 a.m. to 8 p.m. (October 1 – March 31)
Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (April 1 – September 30)
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
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

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:
Los siete días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (1 oct. al 31 mar.)
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (1 abril al 30 sept.)
Local 210-358-6386 • **Línea gratis** 1-833-434-2347
TTY 711 (las 24 horas al día, los siete días a la semana)
Servicios de Salud Mental:
Gratis 1-877-221-2226 (las 24 horas al día, los siete días a la semana)
Línea de consejos de enfermeras:
(las 24 horas al día, los siete días a la semana)
Local 210-358-6386 • **Línea gratis** 1-800-434-2347
Sitio web: CommunityFirstMedicare.com



NO use su tarjeta Medicare roja, blanca y azul para servicios médicos cubiertos mientras sea Miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participa en estudios clínicos aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía del plan está dañada, se perdió o se la robaron, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (desde el 1 de octubre al 31 de marzo); de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (desde el 1 de abril al 30 de septiembre). El servicio de mensajería se utiliza los fines de semana, fuera del horario laboral y en días festivos federales. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame de inmediato al 711 las 24 horas, los siete días de la semana y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores* de CommunityFirstMedicare.com se enumeran nuestros proveedores actuales de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo.

Debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si acude a otro sitio sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad del servicio. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de necesidad urgente cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que es poco razonable o imposible acceder a servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que el Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (por vía electrónica o en papel) a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios TTY deben llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* solicitados en papel se enviarán por correo en un plazo de 3 días laborables.

Sección 3.3 El Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias* de CommunityFirstMedicare.com se enumeran nuestras farmacias de la red. **Las farmacias de la red** son farmacias que aceptan dispensar recetas cubiertas para nuestros Miembros del plan. Utilice el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no estén en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia (por vía electrónica o en papel) a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestra página web en CommunityFirstMedicare.com.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (Formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada *Lista de medicamentos* o *Formulario*). Allí se indica qué medicamentos con receta están cubiertos por la Parte D incluida en el Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de negociación de precios de medicare estarán incluidos en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido retirados o reemplazados según se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO).

En la Lista de medicamentos también se indica si existen normas que limiten la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. En la Lista de medicamentos se incluye información sobre los medicamentos cubiertos que son más utilizados por nuestros Miembros. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no aparece en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestra página web o comunicarse con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, consulte el formulario de nuestro plan en CommunityFirstMedicare.com o llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2027

Sus costos en 2027	
Importe máximo de bolsillo Este es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 3 para obtener más detalles).	\$9,850
Visitas al consultorio de atención primaria	Copago de \$0 por visita en un consultorio médico
Visitas al consultorio de especialistas	\$15 por visita
Hospitalizaciones Incluye diversas hospitalizaciones, como la rehabilitación en la atención aguda y los cuidados a largo plazo. Una hospitalización comienza el día que ingresa formalmente al hospital con orden médica y finaliza el día antes de que le den el alta.	Paga un copago de \$255 por día para los días 1 al 6 y un copago de \$0 para los días 7 al 90.

Sus costos en 2027	
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte B (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más detalles).	\$700
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluidos el deducible anual, las etapas de cobertura inicial y cobertura catastrófica).	Etapas de cobertura inicial: Genérico preferido de medicamento de Nivel 1: paga \$0 del costo total. Genérico de medicamentos de Nivel 2: paga \$0 del costo total. Genérico preferido de medicamento de Nivel 3: paga el 25 % del costo total. Medicamento no preferido de Nivel 4: paga el 25 % del costo total. Medicamento especializado de Nivel 5: paga el 25 % del costo total. Etapas de cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Penalización por inscripción tardía en la Parte B (Sección 4.3)
- Importe del ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Importe del Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada para Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

Si ya recibe ayuda de alguno de estos programas, **es posible que la información sobre primas en esta Evidencia de cobertura no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento aparte, llamado *Cláusula de Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Extra para pagar medicamentos con receta* (también conocido como *Cláusula de subsidio por bajos ingresos [Low Income Subsidy, LIS]* o *Cláusula LIS*), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (desde el 1 de octubre al 31 de marzo); de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (desde el 1 de abril al 30 de septiembre). El servicio de mensajería se utiliza los fines de semana, fuera del horario laboral y en días festivos federales. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al TTY 711 las 24 horas, los siete días de la semana y pregunte por la *Cláusula LIS*.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían según los distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual *Medicare y Usted 2027*, en la sección llamada *Costos de Medicare 2027*. Descargue una copia desde la página web de Medicare ([Medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you)) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Primas mensuales de la Parte B de Medicare

Muchos Miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare.

- **Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo Miembro de nuestro plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima para la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Penalización por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía** en la Parte D. La penalización por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de haber finalizado su periodo inicial de inscripción, hubo un periodo de 63 días consecutivos o más en los que no se dispuso de la Parte D ni de otra cobertura válida de medicamentos con receta. La cobertura válida de medicamentos con receta es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, de media, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo haya pasado sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta penalización mientras mantenga la cobertura de la Parte D.

Usted **no** tiene que pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D en los siguientes casos:

- Usted recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin cobertura de la Parte D o de otra cobertura válida.
- Tenía una cobertura válida de medicamentos a través de otra fuente (como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos [Veterans Health Administration, VA]). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es válida. Es posible que reciba esta información por carta o en un boletín de dicho plan. Guarde esta información porque puede necesitarla si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Todo aviso o carta debe indicar que usted tenía una cobertura válida de medicamentos con receta que cubre lo mismo que el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratuitas y las páginas web de descuentos no son una cobertura válida de medicamentos con receta.

Medicare determina el importe de la penalización por inscripción tardía en la Parte D. A continuación se detalla cómo funciona.

- Si usted pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta desde que cumplió por primera vez los requisitos para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contabilizará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina el importe de la prima mensual media para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional de beneficiarios). Para 2027, el importe medio de esta prima es de \$38.99. Este importe podría cambiar para 2027.
- Para calcular su penalización mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses sin cobertura (porcentaje de penalización) por el 1 % de la prima base nacional de beneficiarios y luego redondea ese importe a los 10 céntimos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la Parte D u otra cobertura válida, la penalización sería el 14 % por \$38.99, lo que equivale a \$5.46 redondeando a \$5.50. Este importe se añadiría **a la prima mensual para una persona que tenga una penalización por inscripción tardía en la Parte D.**

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

- **La penalización puede cambiar cada año** porque la prima base nacional de beneficiario puede variar cada año.
- **Por lo general, seguirá pagando una penalización** cada mes mientras mantenga su inscripción en un plan que ofrezca beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.

- Si tiene *menos* de 65 años y tiene cobertura de Medicare, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. A partir de ese momento, su penalización por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después de su periodo inicial de inscripción tras cumplir la edad necesaria para acceder a Medicare.

Si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante puede solicitar una reconsideración (apelación) de la penalización. La reconsideración la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está vinculada con nosotros. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la primera carta que reciba en la que se indica que debe pagar una penalización por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una penalización antes de unirse a nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad para solicitar una reconsideración de esa penalización por inscripción tardía.

Sección 4.4 Importe del ajuste mensual relacionado con los ingresos

Algunos Miembros pueden tener la obligación de pagar un cargo adicional, conocido como el Importe del ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). El cargo extra se calcula a partir de su ingreso bruto ajustado modificado, según lo que figura en su declaración de la renta presentada ante el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) 2 años atrás. Si esta cantidad supera un importe determinado, pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el importe extra que podría tener que pagar según sus ingresos, visite [Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

Si debe pagar el importe extra del IRMAA, la Seguridad Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se indicará cuál será ese importe extra. El importe extra se retendrá de su cheque de prestación de la Seguridad Social, la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o la Oficina de Gestión de Personal, independientemente de cómo suele pagar la prima del plan, a menos que su prima mensual no sea suficiente para cubrir el importe extra adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el importe extra, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el IRMAA extra al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA extra, se le dará de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago del IRMAA extra, puede pedir a la Seguridad Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con la Seguridad Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Importe del Plan de pago de medicamentos con recetas de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos con recetas de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene uno) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos con receta que obtenga, más el saldo pendiente del mes anterior, dividido por el número de meses que quedan en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2 se ofrece más información sobre el Plan de pago de medicamentos con recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el importe facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Cómo mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. En él se muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

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

Si ha realizado alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge, la indemnización laboral o Medicaid).
- Cualquier reclamo de responsabilidad, como los reclamos por accidente de tráfico.
- Si ingresa en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de urgencias fuera del área o de la red.
- Si cambia su persona responsable designada (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que piensa participar, pero le recomendamos hacerlo).

Si alguna de estas informaciones cambia, háganoslo saber llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

También es importante ponerse en contacto con la Seguridad Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame a la Seguridad Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 6 Cómo funciona el otro seguro con nuestro plan

Medicare exige que recopilemos información sobre usted acerca de cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga, por lo que debemos coordinar dicha cobertura con los beneficios de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se detallan las demás coberturas de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no figure en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios TTY deben llamar al 711). Es posible que necesite proporcionar su número de identificación de miembro del plan a las demás aseguradoras (una vez confirmada su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal de su empleador), las normas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga en primer lugar. El seguro que paga primero ("el pagador principal") cubre los gastos hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar ("pagador secundario") solo paga si la cobertura principal deja costos sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, comuníquelo a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura de planes de salud grupales de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga en primer lugar.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un familiar, quién paga en primer lugar depende de su edad, del número de personas empleadas por su empleador y de si tiene Medicare por su edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad y usted (o su familiar) sigue trabajando, su plan de salud

grupál paga en primer lugar si el empleador tiene 100 empleados o más, o si forma parte de un plan de varios empleadores en el que al menos uno tenga más de 100 empleados.

- Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) sigue trabajando, su plan de salud grupál paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si forma parte de un plan de varios empleadores en el que al menos uno tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupál pagará en primer lugar durante los primeros 30 meses después de obtener la elegibilidad para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar en primer lugar los gastos de los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil).
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización laboral.

Medicaid y TRICARE nunca pagan en primer lugar por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan una vez que Medicare, los planes de salud grupales de empleadores o Medigap hayan pagado su parte.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Información de contacto de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)

Para recibir ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembros, llame o escriba a los Servicios para Miembros de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) al 1-833-434-2347; si tiene dificultades de la audición o del habla, llame al 711. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAMADA	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre) La llamada es gratuita. Servicio de mensajería disponible los fines de semana y los días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. También ofrecemos servicios gratuitos de interpretación para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Para llamar a este número se requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. La llamada es gratuita. (Las 24 horas, los siete días de la semana)
CORREO POSTAL	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
PÁGINA WEB	CommunityFirstMedicare.com

Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o apelación sobre su atención médica

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

Método	Decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas
LLAMADA	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre) La llamada es gratuita. Servicio de mensajería disponible los fines de semana y los días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. También ofrecemos servicios gratuitos de interpretación para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Para llamar a este número se requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. La llamada es gratuita. (Las 24 horas, los siete días de la semana)
CORREO POSTAL	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
PÁGINA WEB	CommunityFirstMedicare.com
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite Medicare.gov/my/Medicare-complaint.

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja contra nosotros o contra uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no implica controversias sobre la cobertura o el pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Cómo solicitar que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que haya obtenido

Si recibió una factura o pagó servicios (como la factura de un proveedor) que considere que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos 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 denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

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

La agencia federal encargada de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (generalmente conocida como “CMS”). Esta agencia contrata a organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
LLAMADA	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para llamar a este número se requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
CHAT EN DIRECTO	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
CORREO POSTAL	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
PÁGINA WEB	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su zona, incluidos los precios y los servicios que ofrecen. • Busque médicos u otros proveedores y prestadores de atención médica que trabajen con Medicare. • Sepa qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que ofrecen los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo. • Busque páginas web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO): • Para presentar una queja ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare analiza seriamente las quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP)

El Programa estatal de asistencia para el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con consejeros especializados en cada estado y que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus dudas sobre Medicare.

El Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (Health Information, Counseling, and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito en seguros médicos locales a personas con Medicare.

Los asesores del HICAP le pueden ayudar con sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre la atención o tratamiento de Medicare y a resolver problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del HICAP también pueden darle ayuda con preguntas o problemas sobre Medicare, ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cambios de plan.

Método	Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) (Texas SHIP)
LLAMADA	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Para llamar a este número se requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO ELECTRÓNICO	info@shiptacenter.org
PÁGINA WEB	HHS.Texas.gov/services/health/Medicare

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) determinada tiene un contrato con Medicare en cada estado.

Acentra Health cuenta con un grupo de médicos y demás profesionales de atención médica a quienes Medicare les paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunas cuestiones sobre la calidad de la atención comprenden, por ejemplo, haber recibido el medicamento equivocado, haberse sometido a pruebas o procedimientos innecesarios, o haber recibido un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura de su hospitalización terminará demasiado pronto.
- Cree que terminará demasiado pronto la cobertura de la atención médica domiciliaria, la atención en centros de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación ambulatoria integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

Método	Acentra Health (Organización para la Mejora de la Calidad de Texas)
LLAMADA	888-315-0636 (número gratuito) De lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. hora central estándar/hora de verano central Fines de semana y días festivos de 10:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	711 Para llamar a este número se requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	1650 Summit Lake Dr. Suite 102 Tallahassee, FL 32317
PÁGINA WEB	acentraqio.com/bene/statepages/texas/

SECCIÓN 5 Seguridad Social

La Seguridad Social determina la elegibilidad de Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. La Seguridad Social también es responsable de determinar quién debe pagar un importe adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D, porque tiene ingresos más altos. Si recibió una carta de la Seguridad Social en la que le informan que tiene que pagar el importe adicional, y tiene dudas sobre el importe, o si sus ingresos se redujeron debido a un evento que produjo un cambio en su vida, puede llamar a la Seguridad Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, comuníquese con la Seguridad Social para informarles de este cambio.

Método	Seguridad Social – Información de contacto
LLAMADA	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Utilice los servicios telefónicos automatizados de la Seguridad Social para obtener información grabada y gestionar algunos asuntos las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para llamar a este número se requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
PÁGINA WEB	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que presta ayuda con el pago de los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para inscribirse en Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar los costos de este, como las primas. Los **Programas de ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Programa para beneficiarios calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, además de otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con el QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Programa para beneficiarios de Medicare de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con el SLMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Programa para individuos calificados (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Programa para individuos incapacitados y empleados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

Método	Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto
LLAMADA	Línea directa para clientes: 1-800-335-8957 De lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
TTY	711 o 1-800-735-2989
CORREO POSTAL	Texas Health and Human Services P.O. Box 149024 Austin, TX 78714-9024
PÁGINA WEB	HHS.Texas.gov/services/health/Medicaid-CHIP

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos con receta

La página web de Medicare (<https://es.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) tiene información sobre cómo reducir el costo de los medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a personas de ingresos limitados.

Ayuda Extra de Medicare

Medicare y la Seguridad Social cuentan con un programa llamado Ayuda Extra que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos de personas con ingresos y recursos limitados. Si cumple los requisitos, recibe ayuda para pagar la prima mensual de cualquier plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de medicamentos con receta. Esta "Ayuda Extra" también está incluida para los costos de bolsillo.

Si califica automáticamente para recibir la Ayuda Extra, Medicare le enviará una carta de color morado para avisarle. Si no cumple los requisitos automáticamente, puede presentar una solicitud en cualquier momento. Para ver si cumple los requisitos para recibir la Ayuda Extra:

- Visite [Secure.ssa.gov/i1020/start](https://secure.ssa.gov/i1020/start) para presentar una solicitud en línea.
- Llame a la Oficina de la Seguridad Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

En el momento en que solicite la Ayuda Extra, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de ahorro de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales ofrecen ayuda con el pago de nuestros costos de Medicare. La Seguridad Social le enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda Extra.

Si cumple los requisitos para recibir la Ayuda Extra y cree que está pagando un importe incorrecto por la receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener pruebas del importe correcto de copago. Si ya tiene pruebas del importe correspondiente, podemos ayudarle a compartirlas con nosotros.

- Comuníquese con los Servicios para Miembros de Community First Health Plans al 210-358-6386 (local) o en el número gratuito 1-833-434-2347. Un representante de Servicios para Miembros puede hablar con usted y explicarle el proceso para determinar si es elegible para recibir la "Ayuda Extra".
- Cuando recibamos la prueba que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el importe correcto cuando reciba su próxima receta. Si pagó una cantidad adicional de copago, se

la devolveremos, ya sea mediante cheque o con un crédito futuro por copago. Si la farmacia no cobró el copago y usted tiene una deuda, podemos pagar directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagar directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este documento).

¿Qué sucede si tiene Ayuda Extra y la cobertura de un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Varios estados ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos y otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), primero paga la Ayuda Extra de Medicare.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas con VIH/SIDA a acceder a medicamentos vitales. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para recibir la ayuda para el pago de costo compartido de recetas a través del Programa de medicamentos contra el VIH en Texas (The Texas HIV Medication Program, THMP). Llame al 1-800-255-1090.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos requisitos, entre los que se incluye una prueba de residencia estatal y estado serológico del VIH, comprobante de bajos ingresos (según la definición del Estado) y comprobante de que no tiene seguro o su seguro es insuficiente. Si cambia de planes, debe avisar al trabajador local de inscripción en el ADAP para poder seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los requisitos de elegibilidad, medicamentos cubiertos y cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de medicamentos contra el VIH en Texas (THMP), al 1-800-255-1090.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Varios estados disponen de Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar medicamentos con receta en función de su necesidad económica, edad, afección médica o discapacidad. Cada estado dispone de normas diferentes para prestar la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es Texas Drug Card.

Método		Texas Drug Card – Información de contacto
LLAMADA	855-469-8979	
CORREO ELECTRÓNICO	TexasDrugCard.com/contact	
PÁGINA WEB	TexasDrugCard.com	

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta es una opción de pago que trabaja con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a gestionar sus costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, y los reparte a lo largo del **año natural** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no representa un ahorro de dinero ni una reducción del costo de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros.

Método	Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare – Información de contacto
LLAMADA	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería disponible los fines de semana y los días festivos desde el 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. También ofrecemos servicios gratuitos de interpretación para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Para llamar a este número se requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. La llamada es gratuita. (Las 24 horas, los siete días de la semana)
CORREO POSTAL	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
PÁGINA WEB	CommunityFirstMedicare.com

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de todo el país y sus familias. Si usted obtiene Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, debe informar a esta agencia si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de contacto
LLAMADA	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si pulsa "0", puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) los días lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles, de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si pulsa "1", puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Para llamar a este número se requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
PÁGINA WEB	RRB.gov

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o para jubilados (o del empleador de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al empleador/administrador de beneficios sindical o a Servicios para Miembros, al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) en caso de preguntas. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción del plan de su empleador o para jubilados (o del plan del empleador o para jubilados de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo contiene información necesaria para explicarle cómo usar el plan y obtener la cobertura de su atención médica. Para obtener información detallada sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga al recibir atención, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica certificados por el estado para ofrecer servicios y atención médica. El término “proveedores” también comprende a los hospitales y demás instalaciones de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y demás instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el importe de costo compartido como pago completo. Acordamos que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan. Cuando visita a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de sus servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen todos los cuidados médicos, servicios de atención médica, suministros, equipos y medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se indican en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. En el Capítulo 5, se analizan los servicios cubiertos de medicamentos con receta.

Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica

Como plan de salud de Medicare, Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe cumplir con las normas de cobertura de Medicare Original.

En general, Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cubrirá su atención médica siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** del Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son indispensables para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria de la red (Primary Care Provider, PCP) que proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
 - En algunas situaciones, nuestro plan debe emitir una aprobación previa (una derivación) antes de que pueda utilizar otros proveedores de nuestra red, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención domiciliaria. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
 - No necesita derivaciones del PCP para atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede obtener sin la aprobación previa del PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que debe pagar al proveedor todos los servicios que recibe. Salvo en los siguientes 3 casos:

- Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios que obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y consultar qué servicios de emergencia o urgentemente necesarios están cubiertos, consulte la Sección 3.
- Si necesita atención médica que debemos cubrir en virtud de Medicare, pero no hay especialistas en nuestra red que la ofrezcan, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que obtiene dentro de la red. Debe solicitar una autorización previa antes de buscar la atención. En esta situación, pagaría lo mismo que si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
- Nuestro plan cubre servicios de diálisis renal en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. El costo compartido que paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y se realiza diálisis con un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido con un proveedor de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted decide recibir servicios de un proveedor fuera de la red de nuestro plan en nuestra área de servicio, el costo compartido de la diálisis puede ser más elevado.

SECCIÓN 2 Uso de proveedores de la red de nuestro plan para recibir atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para obtener y controlar su atención médica

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

¿Qué es un PCP?

Un proveedor de atención primaria también se conoce como PCP. Un PCP es un médico de la red que usted elige y que le presta servicios cubiertos.

¿Qué tipo de proveedores pueden ser PCP?

En general, los PCP son los siguientes tipos de proveedores:

- Medicina General
- Medicina de Familia
- Medicina Interna

¿Cuál es el papel de mi PCP?

Es importante su relación con el PCP, porque este es responsable de atender sus necesidades de atención médica de rutina, coordinar todos los servicios cubiertos, mantener sus registros médicos y garantizar la continuidad de su atención. Si necesita una cita con un especialista de la red o con otro proveedor que no sea PCP, debería hablar con el PCP.

¿Cómo elige a su PCP?

Cuando se inscribe en Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), usted elige a un PCP del Directorio de proveedores.

Para obtener una copia del Directorio de proveedores más reciente de Community First Health Plans Medicare Advantage, o para obtener ayuda para elegir un PCP, llame a los Servicios para Miembros de Community First Health Plans o visite nuestra página web que figura en el Capítulo 2 de este documento, para leer la información más actualizada sobre nuestros proveedores de la red.

Si no elige un PCP en el momento de la inscripción, Community First Health Plans puede elegir uno por usted. Usted puede cambiar de PCP en cualquier momento. Consulte "Cambio de PCP" a continuación.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, su PCP podría irse de la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar otro PCP.

Si quiere cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros. Si el PCP acepta más miembros, 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 refleje este cambio.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin la derivación de un PCP

Puede obtener los siguientes servicios sin la aprobación previa del PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes mamarios, mamografías (radiografías de la mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los solicite a un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe y la COVID-19 de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios urgentemente necesarios cubiertos por el plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no constituyen una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si la prestación de un proveedor de la red es poco razonable dada la hora, el lugar y las circunstancias. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran urgentemente necesarias, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. De ser posible, llame a Servicios para Miembros, al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), antes de viajar fuera de la zona de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento que debe recibir durante su viaje.
- Suministros para personas diabéticas, calzado ortopédico o plantillas ortopédicas de un proveedor de la red.
- Servicios quiroprácticos de un proveedor de la red.
- Visitas a un especialista de la red de un proveedor de la red.
- Servicios de salud mental o psiquiátricos de un proveedor de la red.
- Servicios de podología de un proveedor de la red.
- Servicios del programa de tratamiento con opioides de un proveedor de la red.
- Servicios de tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias de un proveedor de la red.
- Servicios ambulatorios de análisis de sangre de un proveedor de la red.
- Examen anual de salud con un proveedor de la red.
- Beneficios complementarios con cobertura, como nuestros programas de salud y aptitud física.
- Servicios preventivos y educativos con cobertura de Medicare.
- Servicios dentales preventivos e integrales de un proveedor de la red.
- Exámenes de la vista y anteojos de un proveedor de la red.
- Exámenes de audición y audífonos de un proveedor de la red.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicos. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Si un especialista de la red quiere que regrese para recibir más atención, asegúrese de que esos servicios estén cubiertos. Consulte con su PCP o comuníquese con Servicios para Miembros para asegurarse de que están cubiertos los servicios de un especialista.

Ni el plan ni Medicare pagarán servicios, suministros, tratamientos, cirugías o terapias farmacológicas para servicios especializados cuando se requiera una autorización, pero esta no se haya obtenido de Community First Health Plans, con excepción de servicios de emergencia, servicios urgentemente necesarios, diálisis fuera del área y cuidados postestabilización, o cuando tenga una autorización previa para un proveedor fuera de la red.

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

Consulte el Directorio de proveedores para conocer la lista de especialistas del plan disponibles en su red, o bien, puede consultar el Directorio de proveedores en línea en la página web que figura en el Capítulo 2 de este documento.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan

Es posible que cambiemos hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Recibirá una notificación cuando un proveedor abandone nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir otro.
 - Si su médico de atención primaria o profesional de salud conductual abandona nuestro plan, le enviaremos una notificación si se atendió con ese proveedor en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le enviaremos una notificación si está asignado al proveedor determinado, si se atiende actualmente con dicho proveedor o si se atendió con el proveedor en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para continuar con la atención.
- Si se encuentra en tratamiento médico o realizando una terapia con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar la continuidad de los tratamientos o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que podría tener para cambiar de planes.
- Cuando un proveedor o beneficio de la red no está disponible o es insuficiente para atender sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto y médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores al costo compartido que paga por un proveedor de la red. Se necesita autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando como corresponde, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de atención ante la QIO, una reclamación sobre la calidad de atención ante nuestro plan, o ambas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

No se cubrirá la atención que reciba de proveedores fuera de la red, a menos que 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 debido a una emergencia médica o urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

SECCIÓN 3 Cómo acceder a servicios en caso de emergencia, catástrofe o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Obtenga atención en una emergencia médica

Una “**emergencia médica**” se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento general de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si está embarazada, la pérdida de un niño en gestación), la pérdida de una extremidad o de la función de un miembro, o la pérdida de una función corporal o una discapacidad grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o visite la sala de emergencias o el hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita la aprobación ni la derivación de su PCP. No tiene la obligación de atenderse con un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia con cobertura cuando la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con la certificación estatal correspondiente, aunque no forme parte de nuestra red.
- **Asegúrese, lo antes posible, de que nuestro plan haya sido informado de su emergencia.** Debemos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. En general, usted o un tercero debería llamarnos para darnos información de la atención de emergencia en un plazo de 48 horas. Comuníquese con Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en el dorso de su tarjeta de membresía del plan.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado hasta una sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner su salud en peligro. Además, cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le prestan atención de emergencia decidirán cuándo su afección es estable y la emergencia médica haya terminado.

Una vez superada la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado sigue siendo estable. Los médicos continuarán atendiéndole hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen una atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento.

Si los proveedores de la atención de emergencia no pertenecen a nuestra red, intentaremos coordinar que proveedores de la red asuman su atención tan pronto como lo permitan su afección médica y las circunstancias.

¿Y si no era una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil determinar si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que solicite atención de emergencia, porque piensa que su salud está en grave peligro, y que, finalmente, el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención siempre que usted haya creído razonablemente que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico diga que no se trata de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de una de las siguientes 2 maneras:

- visita a un proveedor de la red para recibir la atención adicional, o
- la atención adicional que reciba se considera un servicio urgentemente necesario, y cumple con las normas para acceder a esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Reciba atención cuando los servicios sean urgentemente necesarios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es urgentemente necesario si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable recibir este servicio de un proveedor de la red debido a la hora, el lugar y las circunstancias. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentemente necesarias, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan en caso de requerir atención urgentemente necesaria?

Siempre debería intentar obtener servicios urgentemente necesarios de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no son accesibles o no están disponibles temporalmente, y no es razonable esperar a recibir la atención de su proveedor de la red cuando la red vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios urgentemente necesarios que reciba de un proveedor fuera de la red. Consulte el Directorio de proveedores que contiene la lista de Centros de atención urgente de la red.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan en caso de requerir atención urgentemente necesaria?

Si está fuera del área de servicio y no puede atenderse con un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de emergencia urgentemente necesarios y que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y de urgencia fuera del condado de Bexar en las siguientes circunstancias: servicios de emergencia, que incluyen atención de emergencia o urgentemente necesaria, y transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. No se cubre el transporte de regreso al condado de Bexar. Tampoco se cubren los procedimientos programados previamente y/o opcionales. Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios urgentemente necesarios ni ningún otro servicio de atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3 Reciba atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente tendrá derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite la siguiente página web: CommunityFirstMedicare.com para consultar información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red por el importe de costo compartido de los proveedores de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, podrá surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si pagó un importe mayor que el importe de costo compartido por servicios cubiertos de nuestro plan o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

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

Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios, según se indica en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si obtiene servicios que nuestro plan no cubre u obtiene servicios fuera de la red sin autorización y que no son servicios de emergencia o urgentemente necesarios, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos con un límite de beneficios, usted debe pagar el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, Community First Health Plans cubre un examen físico de rutina al año. Si se realiza el examen físico de rutina, pero elige someterse a un segundo examen físico en el mismo año; en este ejemplo, usted debe pagar el costo total del segundo examen físico de rutina. Cualquier cantidad que pague después de haber alcanzado el límite del beneficio no se contabiliza para su importe máximo anual de bolsillo. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el importe máximo de bolsillo de su plan). Puede llamar a Servicios para Miembros cuando quiera saber el saldo restante de su límite de beneficios.

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 llamado “ensayo clínico”) es una forma en la que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios clínicos. En general, en los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare se convoca a voluntarios para que participen en el estudio. Si usted participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original cubre la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si no informa de que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de pagar el costo compartido de servicios de la red de dicho ensayo. Si pagó de más; por ejemplo, si pagó el importe de costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido del servicio de la red. Deberá presentar documentación para demostrar cuánto pagó.

Si quiere participar en un estudio clínico aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe ni que obtenga la aprobación de nosotros o de su PCP. No es necesario que los proveedores que le atiendan en el estudio clínico formen parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [Determinaciones de cobertura nacional con cobertura con desarrollo de evidencia, National Coverage Determinations with Coverage with Evidence Development, NCD-CED] y estudios de exención de dispositivos en investigación [Investigational Device Exemption, 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 avise con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos con la certificación de Medicare.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, deberá pagar todos los costos de su participación en el estudio.

Sección 5.2 Quién paga los servicios de un estudio de investigación clínica

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los elementos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, entre los que se incluyen los siguientes:

- Alojamiento y comidas para una hospitalización que Medicare pagaría aunque no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si participa en el estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos adversos y complicaciones de la atención nueva.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido de servicios de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo importe por los servicios que reciba como parte del estudio que si los obtuviera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación en la que conste cuánto pagó de costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: supongamos que se somete a una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Su parte del costo para esta prueba es de \$20 en virtud de Medicare Original, pero el monto de la prueba sería de \$10 en virtud de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba, y usted pagaría el copago de \$20 que exige Medicare Original. Usted debería notificar a nuestro plan que recibió un servicio calificado de ensayos clínicos y presentar documentación (como una factura de proveedor) ante nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto por la prueba será de \$10; el mismo importe que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan.

Si participa en un estudio clínico, **ni Medicare ni nuestro plan cubrirán lo siguiente:**

- En general, Medicare no paga el artículo o servicio nuevo que está evaluando el estudio, a menos que Medicare cubra dicho artículo o servicio aunque usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y que no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga las tomografías computarizadas (Computed tomography, CT) mensuales que se realicen como parte de un estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una CT.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación que sean gratuitos para las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo inscribirse en un estudio clínico

Obtenga más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare y *Estudios de investigación clínica*, disponible en <https://es.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies>. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una institución de atención no médica religiosa

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención no médica

Una institución religiosa de atención no médica es un centro que presta atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si la atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada no respeta las creencias religiosas de un miembro, cubriremos, por el contrario, la atención en una institución religiosa de atención no médica. Este beneficio se otorga únicamente para servicios hospitalarios de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención en una institución de atención no médica religiosa

Para recibir atención de una institución religiosa de atención no médica, debe firmar un documento legal que indica que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** es toda atención o tratamiento médico que sea *voluntario y no obligatorio* en virtud de una ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario ni *obligatorio* en virtud de una ley federal, estatal o local.

Para tener la cobertura de nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de atención no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que presta la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe en virtud de nuestro plan se limita a aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si los servicios que recibe de esta institución se prestan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria o atención en centros de enfermería especializada.
 - **Y** debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro; de lo contrario, no se cubrirá su estancia.

Tendrá cobertura por días ilimitados en el hospital, siempre que su estancia cumpla con las normas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en **la sección "Atención hospitalaria"** de la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas sobre propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No le pertenecerá el equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión i.v., nebulizadores y camas hospitalarias encargadas por un proveedor para que los miembros las utilicen en sus casas. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME, los debe alquilar.

En virtud de Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos durante 13 meses. No se convertirá en propietario del artículo DME, aunque haya hecho hasta 12 pagos consecutivos por este, en virtud de Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. **Como miembro de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), normalmente no adquirirá la propiedad de artículos DME alquilados, independientemente de cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** En virtud de determinadas circunstancias limitadas, transferiremos la propiedad del artículo DME a usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipos médicos duraderos si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para poder ser propietario del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no se contabilizan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y después se inscribió en nuestro plan. Los pagos que hizo en virtud de Medicare Original no se contabilizan. Deberá hacer 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y después se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Después, regresa a Medicare Original. Deberá hacer 13 pagos consecutivos nuevos para ser propietario del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Todo pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se contabiliza.

Sección 7.2 Normas para equipos y suministros de oxígeno y mantenimiento

Si cumple con los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno.
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios relacionados con oxígeno para el suministro de oxígeno y el contenido de oxígeno.
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno.

Si se da de baja de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) o ya no necesita un equipo de oxígeno con fines médicos, debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si se da de baja de nuestro plan y vuelve a inscribirse en Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno preste servicios por 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, usted puede optar por mantener la empresa prestadora o cambiar de empresa. En este momento, se reinicia el ciclo de 5 años, aunque no cambie de empresa, y deberá pagar los copagos nuevamente durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o se da de baja de nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga)

SECCIÓN 1 Entienda cuáles son sus costos de bolsillo por servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos indica cuáles son sus servicios cubiertos y cuánto debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). Estas secciones también ofrecen información sobre servicios médicos sin cobertura.

Sección 1.1 Costos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos

Los tipos de costos de bolsillo que podría pagar por servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- **Deducible:** es el importe que debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (En la Sección 1.2 se explica en detalle nuestro deducible del plan).
- **Copago:** es el importe fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos se explican en detalle sus copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos se explican en detalle sus coseguros).

La mayoría de las personas que cumplen los requisitos para Medicaid o para el Programa para beneficiarios calificados de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su comprobante de elegibilidad para Medicaid o para el QMB a su proveedor.

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

Dado que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, se dispuso un límite respecto de lo que usted paga por año por los servicios médicos de la red con cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos de la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina importe máximo de bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) de servicios médicos. **Para el año natural 2027, el importe del MOOP es de \$9,850.**

Los importes que paga de copagos y coseguro por servicios cubiertos de la red se contabilizan para este importe máximo de bolsillo. Los importes que paga de primas del plan y medicamentos de la Parte D no se contabilizan para el importe máximo de bolsillo. Si alcanza el importe máximo de bolsillo de **\$9,850**, dejará de pagar costos de bolsillo por el resto del año por servicios cubiertos de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid o un tercero).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), usted tiene una protección importante, porque solo debe pagar el importe de costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos de nuestro plan. Los proveedores no le pueden cobrar cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica aunque paguemos al proveedor un importe menor que el que el proveedor cobra por un servicio, y aunque haya una controversia y no paguemos ciertos cargos del proveedor.

Esta protección contra la facturación de saldo funciona de la siguiente manera.

- Si su costo compartido es un copago (un importe fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), solo pagará esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos en total), nunca pagará una cantidad mayor que ese porcentaje. Sin embargo, su costo dependerá del tipo de proveedor al que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (esto está dispuesto en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red con un contrato con Medicare, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación o en caso de servicios de emergencia o urgentemente necesarios).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no tiene un contrato con Medicare, pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación o en caso de servicios de emergencia o urgentemente necesarios fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos contiene sus beneficios médicos y los costos

En la Tabla de beneficios médicos de las siguientes páginas, se indican los servicios con cobertura de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) y lo que usted debe pagar por cada servicio (en el Capítulo 5, se dispone la cobertura de medicamentos de la Parte D). Los servicios que se indican en la Tabla de beneficios médicos solo se cubren si se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare se deben prestar de acuerdo con las normas de cobertura dispuestas por Medicare.
- Los servicios que reciba (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son indispensables para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Si es miembro nuevo, el plan de atención coordinada de Medicare Advantage debe proporcionar un periodo mínimo de transición de 90 días, durante el cual el nuevo plan Medicare Advantage no puede solicitar autorización previa para ningún tratamiento activo, aunque el tratamiento sea por un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de

un proveedor fuera de la red, salvo que se trate de una atención de emergencia o urgente, o bien, nuestro plan o un proveedor de la red le haya derivado. Esto significa que pagará al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que obtenga.

- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que proporciona y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios incluidos en la Tabla de beneficios médicos *solo* estarán cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco.

Otras cuestiones importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre el Medicare Original. En el caso de algunos de estos beneficios, deberá pagar *más* en virtud de nuestro plan que en virtud de Medicare Original. En el caso de otros beneficios, pagará *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el Manual *Medicare y Usted 2027*. Puede consultarlo en línea en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), o bien, solicitar una copia por teléfono, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- En el caso de los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos tales servicios sin costo para usted. Sin embargo, si además está en tratamiento o monitoreo por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para dicha afección médica.
- Si Medicare añade cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

 Esta manzana indica cuáles son los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que paga
 Examen de aneurisma abdominal aórtico Una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen si usted presenta ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de su médico, asistente médico (Physician Assistant, PA), personal de enfermería de práctica avanzada (Nurse Practitioner, NP) o especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS).	No se cobra coseguro, copago ni deducible a los miembros que cumplan los requisitos de este examen preventivo.
*Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, independientemente de que se trate de situaciones de emergencia o no, comprenden los servicios de ambulancia aérea de ala fija, de ambulancia aérea de ala rotatoria y de ambulancia terrestre, hasta el centro competente más cercano que pueda prestar la atención, si estos se proporcionan para un miembro cuya afección médica es de tal gravedad que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o si dichos servicios están autorizados por nuestro plan. Si se prestan servicios de ambulancia cubiertos para una situación que no se trate de una emergencia, se debe documentar que el estado del miembro es de tal gravedad que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente obligatorio.	Copago de \$250 para ambulancia terrestre (solo ida) 20 % de coseguro para ambulancia aérea (solo ida) Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia.
 Visita anual de bienestar Si tuvo la Parte B por más de 12 meses, puede asistir a una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud y factores de riesgo actuales. Se cubre una visita cada 12 meses. Nota: No puede asistir a la primera visita anual de bienestar dentro de los 12 meses siguientes a la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Sin embargo, no es necesario que haya asistido a la visita de "Bienvenida a Medicare" para que le cubran las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.
 Medición de masa ósea Para las personas que califiquen (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea con cobertura de Medicare.
 Detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años. • Una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección con cobertura.

Servicio cubierto	Lo que paga
*Servicios de rehabilitación cardíaca Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y consejería para los miembros que cumplen ciertas condiciones con orden médica. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más estrictos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Nuestro plan cubre los siguientes programas integrales si ha sufrido al menos una de estas condiciones: • Ataque al corazón en los últimos 12 meses. • Baipás coronario. • Angina estable (dolor de pecho). • Reparación o reemplazo de válvulas del corazón. • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico para abrir un bloqueo arterial) o colocación de una endoprótesis vascular (stent) (procedimiento para mantener una arteria abierta). • Trasplante de corazón o corazón y pulmón. • Insuficiencia cardíaca crónica y estable. Limitaciones de la cobertura: Puede acceder a hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones al día (de 1 hora cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumple los requisitos, es posible que consiga 36 sesiones más que se pueden repartir en un periodo de tiempo más extenso.	Copago de \$30 para rehabilitación cardíaca Copago de \$35 para rehabilitación cardíaca intensiva Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.
 Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico le puede hablar sobre el consumo de aspirina (si corresponde), controlar su tensión arterial y darle consejos para asegurarse de que tenga una alimentación saludable.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular) cada 5 años (60 meses).	No se cobra coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de enfermedades cardiovasculares con cobertura cada 5 años.
 Detección del cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Cobertura para una prueba de Papanicolaou y examen pélvico cada 24 meses para todas las mujeres. • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal, o si está en edad fértil y se realizó una prueba de Papanicolaou con resultado anormal en los últimos 3 años.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos con cobertura de Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Ajuste manual de la columna para corregir una subluxación.	Copago de \$15 por visita

Servicio cubierto	Lo que paga
 Detección del cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo, o una cada 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no son de alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección previa. • Tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no son de alto riesgo de cáncer colorrectal y se cubre cuando han transcurrido al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o transcurridos 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes de alto riesgo de cáncer colorrectal, podemos pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección que se haya realizado después de al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no sean de alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de una prueba de detección en heces no invasiva con cobertura de Medicare de resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección programadas que comprenden la extracción de tejido u otra materia u otro procedimiento realizado en relación con esta, que sea consecuencia de esta y que se realice en la misma consulta clínica que la prueba de detección.	No se cobra copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal con cobertura de Medicare. Si su médico detecta y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios dentales En general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos (como la limpieza, los exámenes dentales de rutina y las radiografías). Sin embargo, Medicare paga servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, especialmente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Por ejemplo, la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de piezas dentales realizadas como preparación para el tratamiento de radioterapia del cáncer que afecta a la mandíbula, o exámenes dentales antes de un trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente: <u>Servicios dentales preventivos:</u> Exámenes dentales, limpiezas, tratamientos con flúor, radiografías dentales. <u>Servicios dentales integrales:</u> Servicios que no son de rutina, servicios de diagnóstico, servicios de restauración, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales, otros servicios.	No se cobra coseguro, copago ni deducible por servicios dentales en este plan. \$1,000 al año de beneficio dental máximo.
 Detección de la depresión Cubrimos un examen de detección de la depresión al año. El examen se debe realizar en una instalación de atención primaria que pueda prestar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para un examen anual de detección de la depresión.
 Detección de la diabetes Cubrimos este examen (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de estos factores de riesgo: presión sanguínea alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar en sangre alta (glucosa). También podemos cubrir otras pruebas si cumple otros requisitos, como sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para hasta 2 exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses desde la fecha de su prueba más reciente.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de la diabetes con cobertura de Medicare.
 Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones para controlar la glucosa y comprobar la precisión de tiras reactivas y monitores. • Para personas con diabetes que padecen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida (con plantillas incluidas en los zapatos) por año natural, y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de calce profundo y 3 pares de plantillas (no se incluyen las plantillas extraíbles no personalizadas con las que se entregan los zapatos). La cobertura incluye la colocación. • El entrenamiento para el autocontrol de la diabetes está cubierto en ciertas condiciones.	Copago de \$0 Copago de \$0

Servicio cubierto	Lo que paga
*Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para leer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas hospitalarias encargadas por un proveedor para uso a domicilio, bombas de infusión i.v., dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario con cobertura de Medicare Original. Si nuestro proveedor en su zona no trabaja con una marca o fabricante en particular, puede consultarle si pueden pedirlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestra página web: CommunityFirstMedicare.com. En general, Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cubre cualquier DME con cobertura de Medicare Original que se obtenga de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informe de que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es miembro nuevo de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriéndola por hasta 90 días. Durante este tiempo, usted debe hablar con su médico para decidir qué marca es apropiada para sus necesidades médicas después de este periodo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle una derivación para obtener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor respecto de qué producto o marca es apropiado para su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>).	20 % de coseguro Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.
Atención de emergencia La atención de emergencia consiste en los siguientes servicios: • Servicios proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia. • Servicios necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica se produce cuando usted, o cualquier otra persona con conocimientos generales de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de una función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que se presten fuera de la red es el mismo que para los servicios prestados dentro de la red.	Copago de \$90 por visita Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de la estabilización de su afección de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para mantener la cobertura de la atención, <i>O BIEN</i>, debe recibir la atención hospitalaria en el hospital fuera de la red mediante una autorización del plan, cuyo costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Programas de educación en salud y bienestar Membresía de la YMCA	Copago de \$0 La membresía de la Asociación Cristiana de Jóvenes (Young Men's Christian Association, YMCA) incluye consultas de bienestar; ejercicios grupales gratuitos, como Zumba, yoga y pilates; cuidado infantil mientras hace ejercicio; y eventos familiares.
Servicios de la audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y el equilibrio que realice su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las presta un médico, audiólogo u otro profesional calificado. • Prueba/evaluación de la audición de rutina para audífonos. • Examen de la audición: • Audífonos con receta.	Copago de \$0 (1 al año) Copago de \$0 Límite de beneficios de \$2,000 por año
 Detección del VIH Las personas que soliciten una prueba de detección del VIH o que tengan un mayor riesgo de infección por VIH tienen la siguiente cobertura: • Un examen de detección cada 12 meses. Las mujeres embarazadas tienen la siguiente cobertura: • Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplan los requisitos para la prueba de detección del VIH de prevención con cobertura de Medicare.
*Atención domiciliaria de una agencia Antes de recibir servicios de atención domiciliaria, un médico debe certificar que necesita servicios de atención domiciliaria y ordenará que los servicios de atención domiciliaria los preste una agencia de atención domiciliaria. Debe estar confinado en su casa, es decir, que salir de su casa debe suponer un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada y servicios auxiliares de salud a domicilio a tiempo parcial o intermitentes. (La cobertura en virtud del beneficio de atención domiciliaria dependerá de que los servicios combinados de enfermería especializada y auxiliares a domicilio sumen menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	Copago de \$0 para beneficios con cobertura de Medicare Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.

Servicio cubierto	Lo que paga
Cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos si su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dieron un pronóstico terminal, en el que certifican que se encuentra en fase terminal y tiene 6 meses de vida o menos si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Cuidado de relevo de corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando le ingresen en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, deberá seguir pagando las primas del plan. En el caso de servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare y relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) cubrirá a su proveedor de cuidados paliativos, sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B que se relacione con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor le facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. A usted se le facturará el costo compartido de Medicare Original. En el caso de los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni urgentemente necesarios con cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare, que no se relacionen con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si se atiende con un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, que se requiera autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo pagará el importe de costo compartido de nuestro plan para servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido en virtud de Medicare Original. En el caso de los servicios cubiertos por Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) seguirá cubriendo servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted pagará el importe de costo compartido de nuestro plan para estos servicios. En el caso de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no se relacionan con su estado terminal de cuidados paliativos, debe pagar el costo compartido. Si, en cambio, sí se relacionan con su estado terminal de cuidados paliativos, debe pagar el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el beneficio de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5. Nota: Si necesita atención no relacionada con cuidados paliativos (atención que no se relaciona con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	Si se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original, no la Evidencia de cobertura 2027 de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO).

Servicio cubierto	Lo que paga
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Dosis (o vacunas) contra la gripe/influenza: una por cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con dosis (o vacunas) adicionales si es médicamente necesario. • Vacunas contra la hepatitis B, si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B, si nunca recibió un esquema completo, no conoce su historial de vacunación o tiene alguna otra afección por la que tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si es paciente de riesgo y se cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Para obtener más información, consulte la Sección 8 del Capítulo 6.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.
*Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidados a largo plazo y demás tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria comienza el día en que es ingresado formalmente con orden médica. El último día de hospitalización es el día previo a recibir el alta. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios habituales de enfermería. • Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios). • Fármacos y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de equipamiento, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y sala de recuperación. • Terapia física, ocupacional y del lenguaje. • Servicios de tratamiento hospitalario por consumo de sustancias.	Copago de \$255 por día, entre los días 1 y 6. Copago de \$0, entre los días 7 y 90. Usted paga estos importes hasta alcanzar el importe máximo de bolsillo. Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.

Servicio cubierto	Lo que paga
- En virtud de ciertas condiciones, se cubrirán los siguientes tipos de trasplantes: córneas, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. Si necesita un trasplante, programaremos que su caso sea revisado por un centro aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red están fuera del patrón de atención comunitaria, puede optar por un proveedor local, siempre que los proveedores locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted decide obtener trasplantes en esta ubicación lejana, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. - Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y paquetes de glóbulos rojos comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre donadas por usted o por otra persona. Todos los demás componentes de la sangre se cubrirán desde la primera pinta. - Servicios médicos Nota: Para ser paciente hospitalizado, su médico debe redactar una orden para que sea ingresado formalmente como paciente hospitalizado. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le siga considerando un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa: <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en la página web, https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de una estabilización de su afección de emergencia, el costo que deberá pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. No se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (Consulte la definición de periodos de beneficios en el capítulo titulado <i>Definiciones de términos importantes</i>). En el caso de la atención hospitalaria de pacientes internados, se aplica el costo compartido descrito anteriormente cada vez que es ingresado en el hospital. Un traslado a un tipo de centro distinto (por ejemplo, a un hospital de rehabilitación para pacientes internados o a un hospital de cuidados a largo plazo) se considera un ingreso nuevo. Por cada hospitalización para pacientes internados, tendrá una cobertura ilimitada de días, siempre que la estancia esté cubierta de acuerdo con las normas del plan.

Servicio cubierto	Lo que paga
*Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de salud mental que requieren una hospitalización. Existe un límite vitalicio de 190 días para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se presten en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Servicios residenciales/para pacientes internados por consumo de sustancias	Copago de \$255 por día, entre los días 1 y 6. Copago de \$0 por días adicionales con cobertura de Medicare, hasta 90 días. Además de 60 días de reserva vitalicios adicionales. Usted paga estos importes hasta alcanzar el importe máximo de bolsillo. Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa. Los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare se utilizan para determinar la cantidad total de días cubiertos para la atención de salud mental de pacientes internados. (Consulte la definición de periodos de beneficios en el capítulo titulado <i>Definiciones de términos importantes</i>). Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que es ingresado en el hospital, incluso si le ingresan varias veces dentro de un periodo de beneficios.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta. Si agotó sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Radiografías, radioterapia e isoterapia, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y demás dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o reemplazan total o parcialmente la función de un órgano interno permanentemente inoperante o de mal funcionamiento, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por roturas, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	Cuando su estancia deje de tener cobertura, estos servicios seguirán cubiertos como se describe en las siguientes secciones: Consulte a continuación la sección <i>Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</i>. Consulte a continuación la sección <i>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</i>. Consulte a continuación la sección <i>Servicios de rehabilitación ambulatoria</i>. Consulte a continuación la sección <i>Pruebas ambulatorias de diagnóstico y Servicios y suministros terapéuticos</i>.

Servicio cubierto	Lo que paga
*Beneficio de comidas 60 comidas después del ingreso en el hospital.	Copago de \$0 Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero no en diálisis) o posterior a un trasplante de riñón cuando lo indique su médico. Cubriremos 3 horas de servicios de consejería individual durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas por año una vez transcurrido dicho periodo. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que reciba más horas de tratamiento con orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si necesitará el tratamiento el siguiente año natural.	No se cobra coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica con cobertura de Medicare.
 Programa para la prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa para la prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas elegibles en virtud de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de hábitos de salud que ofrece formación práctica en cambios de la alimentación a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicio cubierto	Lo que paga
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, hospitalarios para pacientes ambulatorios o de centros quirúrgicos ambulatorios. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que tome mediante equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, <i>Leqembi</i>® (de nombre genérico <i>lecanemab</i>), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite pruebas y escaneos adicionales antes y/o durante el tratamiento, lo que podría aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre qué escaneos y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se administran por inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que reciba los inmunosupresores; la cobertura de la Parte D de Medicare cubre los inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su casa; tiene una fractura ósea certificada por un médico y que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica, y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente formada (que podría ser usted, el paciente) los administra con la supervisión correspondiente. • Ciertos medicamentos anticancerígenos orales: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo fármaco está disponible en formato inyectable o si es un profármaco (un fármaco oral que, al ingerirse, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el fármaco inyectable) del fármaco inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales antináuseas: Medicare cubre los medicamentos orales antináuseas que se utilicen como parte de un esquema de quimioterapia si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se utilizan como sustituto terapéutico completo de un medicamento intravenoso antináuseas. • La Parte B de Medicare cubre ciertos medicamentos orales para tratar una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).	20 % de coseguro Ciertos medicamentos sujetos a reembolso de la Parte B podrían tener un coseguro menor. Se requiere autorización para medicamentos cuya factura sea de un cargo mayor que \$500 por dosis.

Servicio cubierto	Lo que paga
- Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato en virtud del sistema de pago por ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. - Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. - Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras determinadas condiciones. (Por ejemplo: Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). - Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades por inmunodeficiencia primaria. - Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 5, se explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que las recetas estén cubiertas. En el Capítulo 6, se explica lo que paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan.	
 Detección y tratamiento contra la obesidad para promover la pérdida sostenida de peso Si su índice de masa corporal es de 30 o más, ofrecemos consejería intensiva para ayudarle a perder peso. Esta consejería está cubierta si la recibe en una instalación de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para la detección y el tratamiento preventivos de la obesidad.
Servicios del Programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden acceder a servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento con opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: - Medicamentos agonistas y antagonistas opioides para el tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT), aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. - Despacho y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). - Consejería sobre el consumo de sustancias. - Terapia individual y grupal. - Pruebas toxicológicas. - Actividades de ingreso. - Evaluaciones periódicas.	Copago de \$0 para servicios de programas de tratamiento con opioides con cobertura de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: Radiografías. • Radioterapia e isoterapia, incluidos los materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y paquetes de glóbulos rojos comienza exclusivamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año natural o que haya donado usted u otra persona. Están cubiertos todos los demás componentes de la sangre desde la primera pinta utilizada. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (Magnetic Resonance Imaging, MRI), electrocardiogramas (Electrocardiogram, EKG) y tomografías por emisión de positrones (Positron emission tomography, PET), cuando su médico u otro profesional de atención médica las ordene para tratar un problema médico. • Otras pruebas ambulatorias de diagnóstico.	Copago de \$0 Copago de \$0 para servicios de diagnóstico generales Copago de \$150 para un servicio de diagnóstico complejo Copago de \$50 para servicios terapéuticos Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0 Se requiere autorización para ciertas tomografías PET, medicina nuclear y procedimientos de cardiología nuclear, MRI/MRA (si no los indica un neurocirujano) o para una tomografía computarizada por emisión de fotón único con metilendifosfonato (Single-photon Emission Computed Tomography with Methylenediphosphonate, MDP SPECT) ortopédica, imágenes tridimensionales (3D) (si no son ordenadas por un cardiólogo o especialista cardiorádico), estudios del sueño y monitorización por electroencefalograma (Electroencephalogram, EEG). Se requiere autorización para radioterapia de intensidad modulada (Intensity Modulated Radiation Therapy, IMRT), la radiocirugía estereotáctica (Stereotactic Radiosurgery, SRS) y la radioterapia corporal estereotáctica (Stereotactic Body Radiation Therapy, SBRT).

Servicio cubierto	Lo que paga
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se prestan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, se deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren únicamente cuando se prestan mediante orden médica u orden de otra persona autorizada por la ley de licenciamiento estatal y los estatutos del personal hospitalario, con el fin de ingresar pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para que sea ingresado como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio y debe pagar los importes de costo compartido de los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque se quede internado en el hospital durante la noche, es posible que igualmente sea considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare, <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i> disponible en https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Copago de \$175 para beneficios con cobertura de Medicare
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Análisis de laboratorio y diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin esta. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y biofármacos que no se pueden autoadministrar. Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para que sea ingresado como paciente hospitalizado, es paciente ambulatorio y debe pagar los importes de costo compartido de los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque se quede internado en el hospital durante la noche, es posible que igualmente sea considerado paciente "ambulatorio". Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.	El costo compartido de los servicios hospitalarios ambulatorios (Outpatient, OP) varía según el beneficio específico. Se cobra un copago de \$175 para cirugías ambulatorias, por procedimiento. Para otros servicios hospitalarios ambulatorios, se cobra un 20 % de coseguro. Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.
Atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con certificación estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico (Clinical Social Worker, CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), consejero profesional certificado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar certificado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), personal de enfermería de práctica avanzada (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado por Medicare, de acuerdo con las leyes estatales aplicables. Los servicios incluyen sesiones individuales y grupales con cobertura de Medicare.	Copago de \$15 para beneficios con cobertura de Medicare

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se ofrecen en distintas instalaciones ambulatorias, como departamentos ambulatorios de hospitales, visitas a consultorios de terapeutas independientes y en Centros de Centros de rehabilitación ambulatoria integral (CORF).	Copago de \$25 para fisioterapia y terapia del habla Copago de \$30 para terapia ocupacional
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Tratamiento ambulatorio y consejería en trastorno por consumo de sustancias.	Copago de \$30 Debe pagar estos importes hasta alcanzar el importe máximo de bolsillo.
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias ambulatorias y en centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si se opera en un hospital, debe consultar con su médico si será paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para que sea ingresado como paciente hospitalizado, es paciente ambulatorio y debe pagar los importes de costo compartido de una cirugía ambulatoria. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le siga considerando un paciente ambulatorio.	Copago de \$175 Debe pagar estos importes hasta alcanzar el importe máximo de bolsillo. Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.
Artículos de venta libre Tarjeta de pago precargada por un importe de \$15. La tarjeta se recarga cada tres meses, y el saldo se traslada al siguiente trimestre dentro del mismo año del plan. Todos los fondos se deben usar antes de que finalice el año del plan (31 de diciembre).	Copago de \$0 para artículos cubiertos de venta libre
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se presta como un servicio hospitalario ambulatorio o en un centro comunitario de salud mental; es más intenso que la atención que recibe en la visita en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar certificado (LMFT) o consejero profesional certificado, y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado. El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia conductual (mental) que se ofrece en un departamento ambulatorio de un hospital, en un centro comunitario de salud mental, en un Centro de salud certificado a nivel federal o en una clínica de salud rural; es más intenso que la atención que recibe en la visita en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar licenciado (LMFT) o con un consejero profesional certificado, pero menos intensa que la hospitalización parcial.	Copago de \$45 por día, para los beneficios con cobertura de Medicare Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de atención o cirugía médicamente necesarios que se presten en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento ambulatorio de un hospital o en cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista. • Exámenes básicos de la audición y el equilibrio realizados por su PCP O especialista, si su médico los solicita, para determinar si necesita tratamiento médico. • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico por 5-10 minutos si se tratan de los siguientes: • Servicios de telemedicina para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para la diálisis domiciliaria; para miembros que se encuentren en un centro de diálisis renal intrahospitalario o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o que se encuentren en su casa. • Servicios de telemedicina de diagnóstico, o para evaluar o tratar los síntomas de un ataque cerebral, independientemente de su ubicación. • Servicios de telemedicina para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telemedicina para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental. • Servicios de telemedicina para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal. • Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento de su médico en un plazo de 24 horas si: • no es un paciente nuevo y • la evaluación no se relaciona con una visita en el consultorio en los últimos 7 días y • la evaluación no conduce a una visita en el consultorio dentro de las 24 horas posteriores o a una visita con mayor antelación. • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, internet o del historial médico electrónico si usted no es un paciente nuevo. • Segunda opinión antes de una cirugía. • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia contra cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos si fueran prestados por un médico).	Copago de \$0 para visitas con su PCP Copago de \$15 para visitas con un especialista
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o los espolones calcáneos). • Cuidado de los pies de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	Copago de \$30 20 % de coseguro

Servicio cubierto	Lo que paga
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que está expuesto a un mayor riesgo de contraer VIH, cubriremos los medicamentos preexposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la tarifa por inyección del medicamento, si corresponde. • Hasta 8 sesiones individuales de consejería (incluida la evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo y adherencia a los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B. • Evaluación de vídeos y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento de su médico en un plazo de 24 horas en los siguientes casos: • no es un paciente nuevo y • la evaluación no se relaciona con una visita en el consultorio en los últimos 7 días y • la evaluación no conduce a una visita en el consultorio a las 24 horas o la mayor brevedad posible.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para el beneficio de la PrEP.
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital. • Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se cobra coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (distintos de los dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o una función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o formación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como de bolsas y suministros para colostomía directamente relacionados con el cuidado de una colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido el sujetador quirúrgico que se debe utilizar tras una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, así como su reparación y/o sustitución. Además, se incluye cierta cobertura posterior a la extirpación o cirugía de cataratas; consulte la sección <i>Atención oftalmológica</i> más adelante en esta tabla para obtener más información.	20 % de coseguro Se requiere autorización para prótesis al por menor o con un costo acumulado de alquiler mayor que \$1,000.
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar otorgada por el médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica. • Servicio de rehabilitación cardíaca. • Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca. • Servicios de rehabilitación pulmonar.	Copago de \$30 Copago de \$35 Copago de \$15

Servicio cubierto	Lo que paga
 Detección y consejería para disminuir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos un análisis de detección por consumo excesivo de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que consumen alcohol en exceso, pero no son dependientes. Si su resultado es positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves y presenciales de consejería al año (si muestra capacidad y atención durante la consejería) proporcionadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en una instalación de atención primaria.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para el análisis de detección y el beneficio de consejería para reducir el consumo excesivo de alcohol con cobertura de Medicare.
 Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para personas calificadas, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles son los siguientes: personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan un historial de consumo de tabaco de al menos 20 años-paquetes y que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, con una orden médica para someterse a una LDCT durante una visita de detección de cáncer de pulmón y una visita para la toma de decisiones conjunta que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea prestada por un médico o un profesional no médico calificado. <i>En el caso de exámenes de cáncer de pulmón mediante LDCT tras la prueba de detección inicial mediante LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden escrita para el examen de cáncer de pulmón mediante LDCT, que podrá ser entregada durante cualquier visita correspondiente con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado decide proporcionar una visita de consejería sobre el examen de cáncer de pulmón y una visita para la toma de decisión conjunta para realizar otros exámenes de cáncer de pulmón mediante LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para la visita de consejería ni para la visita de toma de decisión conjunta con cobertura de Medicare, ni para la LDCT.
 Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la solicita y usted cumple con alguna de estas condiciones: • Es paciente de alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagaremos la prueba una vez. Si es paciente de alto riesgo (por ejemplo, continuó consumiendo drogas ilícitas desde la anterior prueba negativa de detección de la hepatitis C), cubriremos las pruebas anuales.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C con cobertura de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y consejería para prevenir ITS Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), en el caso de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. La cobertura de estas pruebas de detección incluye a mujeres embarazadas y ciertas personas en mayor riesgo de desarrollar una ITS, si estas son ordenadas por un médico de atención primaria. Cubriremos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo. Además, cubriremos hasta 2 sesiones individuales de consejería conductual de 20 a 30 minutos cada año, presenciales y de alta intensidad, para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de consejería como un servicio preventivo si las proporciona un médico de atención primaria y se realizan en una instalación de atención primaria, como el consultorio del médico.	No se cobra coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de ITS ni el beneficio preventivo de consejería sobre ITS con cobertura de Medicare.
Servicios de tratamiento de la enfermedad renal Los servicios para tratar una enfermedad renal y de diálisis incluyen los siguientes: • Servicios de formación sobre enfermedades renales, para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, si los deriva su médico, cubriremos hasta seis sesiones vitalicias de servicios de formación sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis ambulatoria (incluidos aquellos que se realicen cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis como paciente hospitalizado (si es ingresado como paciente hospitalizado para una atención especial). • Capacitación en autodiálisis (incluye la capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su casa). • Equipos y suministros para diálisis domiciliaria. Ciertos servicios de apoyo domiciliario (p. ej., visitas de trabajadores de diálisis capacitados para revisar su diálisis domiciliaria, ayudar en emergencias y revisar el equipo y el suministro de agua, cuando sea necesario). Los servicios para tratar una enfermedad renal y de diálisis incluyen los siguientes: Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare también cubre ciertos medicamentos para diálisis. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte el apartado Medicamentos de la Parte B de Medicare de esta tabla.	Copago de \$0 por beneficios con cobertura de Medicare

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Para una definición de “atención en un centros de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se hacen llamar SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y paquetes de glóbulos rojos comienza exclusivamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año natural o que haya donado usted u otra persona. Todos los demás componentes de la sangre se cubrirán desde la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen ser proporcionados por los SNF. • Análisis de laboratorio normalmente proporcionados por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen ser proporcionados por los SNF. • Uso de equipamiento, como sillas de ruedas, que suelen ser proporcionados por los SNF. • Servicios de médicos/profesionales. En general, la atención de SNF la recibirá en instalaciones de la red. Sin embargo, en virtud de ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar un costo compartido de un centro de la red para un centro fuera de la red, si el centro acepta los importes a pagar que ofrecemos. • Un hogar de ancianos o comunidad de jubilados con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que estos ofrezcan atención en centros de enfermería especializada). • Un SNF donde esté viviendo su cónyuge en el momento en que es dado de alta del hospital.	Se requiere una estancia mínima de tres días en un centro médico antes de ingresar en un SNF. Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Copago de \$0, por día, entre los días 1 y 20. Copago de \$255 por día, entre los días 21 y 100. Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (consejería para dejar de fumar o consumir tabaco) La consejería para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierta para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen los siguientes criterios: • Consume tabaco, independientemente de si presenta signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. • Es capaz y está atento durante la consejería. • La consejería es prestada por un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare. Cubriremos 2 intentos para dejar de fumar al año (cada intento puede incluir hasta 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede llegar a recibir hasta 8 sesiones al año).	No se cobra coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco con cobertura de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
Terapia de ejercicio supervisada (SET) Se cubre la terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) para miembros que presentan enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y que tengan una derivación por PAD emitida por el médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, que comprendan un programa terapéutico de entrenamiento físico para la PAD en pacientes con claudicación. • Realizarse en un área ambulatoria de un hospital o en el consultorio de un médico. • La debe prestar el personal auxiliar calificado que sea necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté formado en terapia de ejercicios para la PAD. • Contar con la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA), personal de enfermería de práctica avanzada (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS) con formación en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital. Se pueden cubrir más de 36 sesiones de SET por 12 semanas que consistirán de 36 sesiones adicionales por un periodo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Copago de \$20
Servicios urgentemente necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio urgentemente necesarios, si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable recibir este servicio de proveedores de la red, dado su tiempo, lugar y circunstancias. Nuestro plan debe cubrir servicios urgentemente necesarios y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran urgentemente necesarias, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.	Copago de \$25 por cada visita

Servicio cubierto	Lo que paga
 Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: - Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oculares) para determinar si necesita anteojos o lentes de contacto. - En el caso de personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma cada año. Algunas de las personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma son las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más y estadounidenses de 65 años o más. - En el caso de las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética al año. - Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, incluida la colocación de una lente intraocular (si se realiza dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda).	Copago de \$25 para exámenes oftalmológicos para tratar problemas oculares Copago de \$0 (1 por año) para exámenes oftalmológicos de rutina Copago de \$0 (límite de \$200 de beneficio al año) para anteojos
 Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” Nuestro plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenida a Medicare</i> . La visita incluye una revisión de su salud, además de educación y consejería sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas, así como derivaciones para otra atención, si es necesario). Importante: Solo cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” si se realiza dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe la cita, avise en el consultorio de su médico que quiere programar la visita preventiva de <i>“Bienvenida a Medicare”</i> .	No se cobra coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.

SECCIÓN 3 Servicios no cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

En esta sección, se le explica qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

En la siguiente tabla, se indican los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna condición o que solo están cubiertos en condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), usted debe pagarlos. No pagaremos los servicios médicos excluidos que aparecen en la siguiente tabla, salvo en las condiciones específicamente indicadas. La única excepción: pagaremos un servicio de la siguiente tabla si se determina en la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión de no cobertura de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Las exclusiones o limitaciones de servicios están descritas en la Tabla de beneficios o en la siguiente tabla.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto únicamente en circunstancias específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos estéticos	Cubierta en casos de lesiones accidentales o para mejorar el funcionamiento de una extremidad con una malformación. Cubierta para todas las etapas de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, y para que la mama no afectada tenga una apariencia simétrica.
Cuidados asistenciales Los cuidados asistenciales son cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico calificado, como los cuidados de ayuda para realizar actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No está cubierto en ninguna circunstancia.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales Los procedimientos y los artículos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.	Medicare Original podría cubrirlos en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3, para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Tarifas de atención cobradas por el cuidado de familiares inmediatos o miembros de su grupo familiar	No está cubierto en ninguna circunstancia.
Cuidados de enfermería domiciliario de tiempo completo	No está cubierto en ninguna circunstancia.
Comidas con entrega a domicilio	No está cubierto en ninguna circunstancia.
Servicios de atención domiciliaria	Medicare cubre la atención de enfermería especializada médicamente necesaria de tiempo parcial o intermitente.
Los servicios domésticos incluyen ayuda doméstica básica, como tareas livianas o preparación liviana de comidas.	No está cubierto en ninguna circunstancia.
Servicios de naturopatía (se utilizan tratamientos naturales o alternativos)	No está cubierto en ninguna circunstancia.
Atención dental que no es de rutina	Es posible que se cubra la atención dental para tratar enfermedades o lesiones como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para los pies	Zapatos que forman parte de una ortesis para la pierna y están incluidos en el costo de la ortesis. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.
Elementos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No está cubierto en ninguna circunstancia.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto únicamente en circunstancias específicas
Habitación privada en un hospital	Solo cubierto cuando sea médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta	No está cubierto en ninguna circunstancia.
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre el ajuste manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	No está cubierto en ninguna circunstancia.
Exámenes oftalmológicos de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía ocular LASIK y otros dispositivos de ayuda para la mala visión	Se cubre un par de anteojos con armazón estándar (o un par de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas en la que se implanta una lente intraocular.
Cuidado de los pies de rutina	Se ofrecen algunas coberturas limitadas de acuerdo con las normas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Exámenes de la audición de rutina, audífonos o exámenes de adaptación de audífonos	Medicare cubre exámenes de diagnóstico de la audición y exámenes de equilibrio, si son indicados por un médico.
Servicios que no se consideren razonables o necesarios de acuerdo con las normas de Medicare Original	No está cubierto en ninguna circunstancia.

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

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

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

Consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 que contiene los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de los medicamentos para cuidados paliativos.

En general, nuestro plan cubrirá sus medicamentos siempre que cumpla con estas normas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emite recetas) debe entregarle una receta por escrito, que sea válida según la ley estatal aplicable.
- El profesional que emite la receta no debe figurar en las Listas de exclusión de Medicare.
- En general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2), o bien, puede surtir la a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe figurar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o que cuenta con el respaldo de ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan de acuerdo con ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* estarán cubiertas si se surten en una de las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que tiene un contrato con nuestro plan para suministrar sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” comprende a todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su zona

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de farmacias*, visitar nuestra página web [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com) o llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si cambia una farmacia de la red por otra y necesita resurtir un medicamento que estuvo tomando, puede solicitar a un proveedor que emita una receta nueva o que transfieran su receta a la nueva farmacia de la red.

Si la farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa deja de pertenecer a la red de nuestro plan, deberá buscar una farmacia nueva de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su zona, puede solicitar ayuda a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los

usuarios de TTY deben llamar al 711) o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede visitar nuestra página web en CommunityFirstMedicare.com.

Farmacias especializadas

Algunas recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Algunas farmacias especializadas son las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de cuidados a largo plazo (Long-term Care, LTC). En general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sistemáticamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que suele ser la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias participantes en el Servicio de Salud Indígena/Programa de salud tribal/indígena y urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Estas son farmacias que surten medicamentos con una restricción de la FDA para ciertos lugares o que requieren una gestión especial, coordinación de proveedores o formación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos que se suministran por correo son medicamentos que se toman con regularidad, para una afección médica crónica o a largo plazo.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan exige que usted haga un pedido de **al menos un suministro para 30 días del medicamento, pero que no exceda los 90 días**.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite hacer un pedido de **un suministro para hasta 90 días**.

Birdi es la farmacia de pedidos por correo recomendada para Community First Health Plans. No tiene la obligación de usar Birdi para que le suministre sus medicamentos de mantenimiento. Para hacer el primer pedido, deberá registrarse en la página web de Birdi disponible en BirdiRx.com/Mail-order/How-it-works. Si tiene preguntas sobre el pedido por correo de medicamentos de mantenimiento y cómo hacer un pedido por primera vez, llame al 1-855-247-3479 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, y los sábados de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este.

En general, un pedido de farmacia por correo le llegará en menos de 14 días. Si se retrasa un pedido por correo:

Si su receta está registrada en la farmacia local, vaya a la farmacia para surtirla. Si su receta retrasada no está registrada en la farmacia local, pídale a su médico que llame para enviar una nueva receta al farmacéutico. O bien, el farmacéutico puede llamar al consultorio del médico para solicitar la receta. El farmacéutico puede llamar al Centro de Ayuda de la farmacia al (866) 333-2757, las 24 horas, los siete días de la semana, si tiene algún problema, duda, inquietud o si necesita que se anule un 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, un farmacéutico se comunicará con usted para saber si quiere que el medicamento se surta de inmediato o más adelante. Esto le permitirá asegurarse de que la farmacia entregará el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y el formulario) y, si es necesario, le permitirá suspender o retrasar el pedido antes de que se lo facturen y lo envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted: explíqueles qué deben hacer con la receta nueva y evite cualquier retraso en el envío.

Resurtido de recetas de pedidos por correo. Para resurtir una receta, comuníquese con su farmacia aproximadamente 15 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán, para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Asegúrese de informar a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted, para que puedan comunicarse y confirmar su pedido antes del envío. Para ello, puede comunicarse con la farmacia de pedidos por correo al 1-855-247-3479 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, y los sábados de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del este, para configurar sus preferencias de comunicación.

Sección 2.3 Cómo conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece dos formas de conseguir un suministro de medicamentos de “mantenimiento” a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad, para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento de largo plazo. En su *Directorio de farmacias* se le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También, para obtener más información, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. Puede utilizar los servicios de pedidos por correo de nuestra red del plan. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite hacer un pedido de un suministro para hasta 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de pedidos por correo.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

En general, cubriremos los medicamentos que se surtan en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede usar una farmacia de la red. Además, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, en las que puede adquirir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) para ver si hay alguna farmacia de la red cerca.

Solo cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red en las siguientes circunstancias:

- **Recetas emitidas por una emergencia médica.** Cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red por un suministro para hasta 29 días si se relacionan con la atención de una emergencia médica o urgentemente necesaria, están incluidas en nuestra Lista de medicamentos sin restricciones y no están excluidas de la cobertura de la Parte D de Medicare.
- **Cobertura durante viajes o mientras se encuentra fuera del área de servicio.** Si viaja dentro de EE. UU., tiene acceso a farmacias de la red de todo el país. Lleve sus recetas y medicamentos y asegúrese de consultar el directorio de farmacias cuando planifica su viaje, para encontrar una farmacia de la red durante el viaje. Si viaja fuera del país, es posible que pueda adquirir un suministro para más días antes de viajar fuera del país, donde no hay farmacias de la red disponibles.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto oportunamente dentro del área de servicio, porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que atiendan las 24 horas.
- Si intenta surtir un medicamento con receta que no se vende con regularidad en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red y accesible (incluidos los medicamentos de alto costo y únicos).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, clínica con proveedores, centro de cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio.

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

Si debe usar una farmacia fuera de la red, en general, deberá pagar el costo total (en lugar de su parte habitual del costo) en el momento de surtir la receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7, para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

Sección 3.1 La Lista de medicamentos le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos la Lista de medicamentos**.

Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo contiene los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

En general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre que cumpla con las demás normas de cobertura que se explican en este capítulo y use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que esté:

- aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se receta, o
- respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information (Información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service) y Micromedex DRUGDEX Information System (Sistema de Información Micromedex DRUGDEX).

Es posible que algunos medicamentos estén cubiertos para algunas condiciones médicas, pero que estén excluidos del formulario para otras. Estos medicamentos estarán identificados en nuestra Lista de medicamentos y en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), junto con las condiciones médicas específicas que cubren.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada, que le pertenece al fabricante del medicamento. Los productos biológicos son fármacos más complejos que los fármacos tradicionales. Cuando nos referimos a medicamentos en la Lista de medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. En general, los medicamentos genéricos y biosimilares son tan eficaces como el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para varios medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables entre sí y, dependiendo de la ley estatal, se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos se pueden sustituir por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12, que contiene las definiciones de tipos de medicamentos que pueden figurar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que los planes de Medicare cubran ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento determinado en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda conseguir un medicamento que no esté en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Hay cinco niveles de costo compartido para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se agrupa en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más costará el medicamento:

- El Nivel 1 es el más bajo y el Nivel 5 es el más alto.
- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos. Incluye medicamentos genéricos de menor costo y de uso común.
- Nivel 2: Medicamentos genéricos. Incluye varios medicamentos genéricos.
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferida. Incluye medicamentos de marca comunes, llamados marcas preferidas, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos. Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.
- Nivel 5: Medicamentos de especialidad. Incluye medicamentos únicos y/o de costo muy elevado.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan. En el Capítulo 6, se incluye el importe que paga por los medicamentos de cada nivel de costo compartido.

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 las siguientes opciones:

- Consulte la lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo postal. La Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos más utilizados por nuestros miembros. Sin embargo, cubriremos otros medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos que le enviamos. Si uno de sus medicamentos no aparece en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestra página web o comunicarse con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si lo cubrimos.
- Visite la página web de nuestro plan en CommunityFirstMedicare.com. La lista de medicamentos de la página web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).
- Utilice la Real Time Benefit Tool (herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan en MemberPortal.Navitus.com/micro-sites/realtime-benefits para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y obtener una estimación de lo que pagará y averiguar si hay medicamentos alternativos en la Lista que pueden tratar la misma afección. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

En el caso de ciertos medicamentos con receta, se han dispuesto normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarles a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o quiere tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo será igualmente eficaz en términos médicos que uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para animarles a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir respecto de la concentración, cantidad o forma del medicamento con receta 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 lugar de 100 mg; uno al día en lugar de dos al día; formato comprimido en lugar de formato líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si su medicamento tiene una restricción, esto suele significar que usted o su proveedor deben implementar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué puede hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si quiere que emitamos una exención de la restricción, debe usar el proceso de decisión de cobertura y solicitar que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o no la exención de la restricción para usted. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

En el caso de ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirlos. 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 si llama a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o bien, visite nuestra página web CommunityFirstMedicare.com.

Primero, pruebe otro medicamento

Este requisito pretende que se anime a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igualmente eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan podría exigir que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá entonces el Medicamento B. Este requisito de probar primero otro fármaco se denomina **terapia escalonada**. Para solicitar los criterios de la terapia escalonada de nuestro plan, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visitar nuestra página web CommunityFirstMedicare.com.

Límites de cantidad

En el caso de ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener de estos cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido al día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de un comprimido al día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

Existen situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos y tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O quizá esté cubierta una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que quiere tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más elevado de lo que considera que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su parte del costo sea más elevada de lo que usted considera, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son algunas de sus opciones:

- Es posible que pueda conseguir un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y solicitar al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda conseguir un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para que hable con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe figurar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O ahora está restringido de alguna manera.**

- **Si es miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
- **Si estaba en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año natural.
- Este suministro temporal será para hasta 30 días. Si en su receta se indica un suministro para menos días, permitiremos múltiples surtidos hasta alcanzar un suministro máximo de 30 días del medicamento. La receta se debe surtir 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 para evitar desperdicios).
- Para aquellos miembros que están inscritos en el plan hace más de 90 días, residen en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediato:
Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento determinado, o para menos días, si en su receta se indicó para menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal mencionada anteriormente.
- **Para aquellos miembros que experimenten un cambio en el nivel de atención, permitiremos un suministro del medicamento de transición para hasta 31 días. Un cambio en el nivel de atención puede incluir lo siguiente:**
 - El ingreso en un centro de LTC de un hospital con una lista de medicamentos para el alta.
 - El alta de un hospital para ir a su casa.
 - La finalización de una estancia en un centro de enfermería especializada de la Parte A de Medicare y la necesidad de adquirir nuevamente la cobertura de la Parte D.
 - Un cambio en el estado de cuidados paliativos para adquirir nuevamente los beneficios estándar de la Parte A y la Parte B de Medicare.
 - La finalización de una estancia en un centro de cuidados a largo plazo y el regreso a la comunidad.
 - El alta de hospitales psiquiátricos con regímenes farmacológicos altamente individualizados.

Para solicitar un suministro temporal de emergencia, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Durante el periodo en que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar de medicamento

Hable con su médico sobre si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría ser igualmente eficaz para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Con esta lista, su proveedor puede encontrar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubrir el medicamento de la manera que quiera. Si el proveedor le informa que tiene razones médicas que justifican la solicitud de una

excepción, puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque este no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O bien, puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se indica qué hacer. Se explican los procedimientos y las fechas límite que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud sea atendida oportuna y objetivamente.

Sección 5.1 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto?

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

Puede cambiar de medicamento

Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, hable con su médico. Quizá haya otro medicamento en un nivel de costo compartido más bajo que sea igualmente eficaz para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Con esta lista, su proveedor puede encontrar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción del nivel de costo compartido del medicamento para pagar menos. Si el proveedor le informa que tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se indica qué hacer. Se explican los procedimientos y las fechas límite que Medicare ha establecido para garantizar que su solicitud sea atendida oportuna y objetivamente.

Los medicamentos que figuran en el Nivel 5 que corresponde a medicamentos de especialidad, no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el importe de costo compartido de los medicamentos en estos niveles.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren a principios de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Añadir o eliminar una restricción sobre la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Si se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicaremos información en nuestra página web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A veces, recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

- **Incorporación de medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos y eliminación o cambios inmediatos en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Cuando se incorpora una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista, moverlo a otro nivel de costo compartido, añadir nuevas

restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, con las mismas restricciones o menos.

- Haremos estos cambios inmediatos solo si incorporamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si incorporamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya figuraba en la Lista de medicamentos.
- Podemos hacer estos cambios inmediatamente e informarle más adelante, aunque esté tomando el medicamento que retiramos o modificamos. Si está tomando el mismo medicamento en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos de cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Incorporación de medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminación o cambios en un medicamento similar en la Lista**
 - Cuando se incorpora otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a otro nivel de costo compartido, añadir nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo, con las mismas restricciones o menos.
 - Haremos estos cambios solo si incorporamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si incorporamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya figuraba en la Lista de medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o le informaremos del cambio y cubriremos un surtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminación de 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, podríamos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si se encuentra tomando ese medicamento, le informaremos después de haber hecho el cambio.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios después de que haya empezado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, en función de advertencias en cajas de la FDA o en nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o le informaremos del cambio y cubriremos un surtido adicional para 30 días de la versión del medicamento que esté tomando.

Si hacemos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con el profesional que emitió sus recetas para conocer las opciones que más le convengan, incluida la de cambiar de medicamento para tratar su afección, o la presentación de una solicitud de una decisión de cobertura para cumplir con cualquier nueva restricción sobre el fármaco que tome. Usted o el profesional que le emitió la receta pueden solicitar una excepción para que siga cubierto el medicamento o la versión del fármaco que tome. 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 de plan

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se han descrito anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si se encuentra tomando el medicamento cuando se haga el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán 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 vigente del plan son los siguientes:

- Cambiamos el medicamento de nivel de costo compartido a un nivel más alto.
- Implementamos una restricción sobre el consumo del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios se aplica a un medicamento que esté tomando (excepto en caso de retiro del mercado, un medicamento genérico sustituye a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su consumo ni lo que pague como parte de su costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente sobre estos tipos de cambios durante el año del plan vigente. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para averiguar si hay algún cambio en los medicamentos que tome que le afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si compra medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos usted. Si apela y el medicamento solicitado no está excluido en virtud de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Estas son las 3 normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de las indicaciones* de un medicamento cuando el consumo no está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System. El consumo *fuera de las indicaciones* es cualquier uso del medicamento distinto del que se indica en la etiqueta del medicamento aprobado por la FDA.

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

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos que se utilizan para promover la fertilidad.
- Medicamentos que se utilizan para aliviar los síntomas de tos o resfriado.
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para favorecer el crecimiento del vello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos ambulatorios para los que el fabricante pretende exigir que las pruebas o servicios de monitorización asociados se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta.

Además, **si recibe “Ayuda Extra” para el pago de sus medicamentos**, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir una receta, presente 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 le facturará automáticamente a nuestro plan nuestra parte del costo de su medicamento. Debe pagar a la farmacia su parte del costo cuando retire el medicamento con receta.

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del**

medicamento con receta cuando lo retire. Luego, **podrá solicitarnos un reembolso.** Consulte la Sección 2 del Capítulo 7, para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso del plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan

Si le ingresan en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estancia. Cuando se vaya del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que estos cumplan con todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Normalmente, un centro de cuidados a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro de cuidados a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta en la farmacia del centro, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com) para saber si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si está en un centro de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda obtener sistemáticamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias en centros de LTC.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene alguna restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

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

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o para jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a entender cómo funciona su cobertura actual de medicamentos con receta con nuestro plan.

En general, si tiene una cobertura para empleados o para jubilados, la cobertura de medicamentos que prestamos nosotros será *secundaria* respecto a su cobertura colectiva. Eso significa que su cobertura colectiva pagaría primero.

Nota especial sobre la validez de la cobertura:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos con receta para el próximo año natural es válida.

Si la cobertura del plan grupal es válida, significa que nuestro plan tiene la cobertura de medicamentos que se prevé que pague, en promedio, al menos la misma cantidad que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

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

Sección 9.4 Si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, antináuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que su centro de cuidados paliativos no cubre, porque no se relacionan con su enfermedad terminal ni con condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, tanto del profesional que emite la receta como de su proveedor de cuidados paliativos, de que el medicamento no guarda relación con su afección antes de que nuestro plan pueda cubrir el fármaco. Para evitar retrasos en la obtención de estos medicamentos que nuestro plan debería cubrir, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional que emite recetas que le avise antes de que se surta su receta.

En caso de que revoque su elección de centro de cuidados paliativos o le den de alta, nuestro plan debería cubrir todos sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar retrasos en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, presente documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el control de los medicamentos

Revisamos el uso de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas; por ejemplo:

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que podrían no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica.
- Medicamentos que podrían ser inseguros o inapropiados por su edad o género.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle un daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades inseguras de medicamentos opioides para el dolor.

Si detectamos un posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.1 Programa de control de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar de forma segura sus medicamentos opioides

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que nuestros miembros usen de forma segura sus medicamentos opioides con receta y otros medicamentos que generan dependencia con frecuencia. Este programa se llama Programa de control de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si toma medicamentos opioides que recibe de varios profesionales que emiten recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus profesionales que emiten recetas para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides es adecuado y médicamente necesario. Al trabajar con sus profesionales que emiten recetas, si decidimos que su consumo de opioides o benzodiacepinas con receta podría no ser seguro, podríamos limitar cómo puede conseguirlos. Si es inscrito en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiacepinas en una o en algunas farmacias específicas.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiacepinas de un determinado profesional que emita receta.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubrimos.

Si planeamos limitar cómo consigue estos medicamentos o la cantidad que puede conseguir, le enviaremos una carta con antelación. En la carta le informaremos si limitaremos la cobertura de estos medicamentos o si deberá obtener las recetas de un profesional que emita recetas específico o en una farmacia específica. Tendrá

la oportunidad de informarnos qué profesionales que emite recetas o farmacias prefiere utilizar, y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando dicha limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted o el profesional que emite sus recetas tienen derecho a apelar. Si apela, analizaremos su caso y emitiremos una nueva decisión. Si confirmamos la denegación de cualquier parte de su solicitud respecto de las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente externo a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No será registrado en nuestro DMP si tiene ciertas condiciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si recibe cuidados paliativos, atención médica paliativa o cuidados paliativos terminales, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo de terapias con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar medicamentos

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

Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de costos de medicamentos o que están en un DMP para ayudarles a consumir opioides de forma segura, pueden acceder a servicios a través de un programa de manejo de terapias con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Si cumple con los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará un análisis exhaustivo de todos sus medicamentos. Durante la revisión, podrá hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus recetas y los medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Además, recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma y cuándo y por qué los toma. Asimismo, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Si contamos con un programa que se adapta a sus necesidades, le inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y le excluirémos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Si está en un programa de ayuda para el pago de sus medicamentos, es posible que **alguna información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted**. Le enviamos un folleto aparte, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Extra para pagar medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios TTY deben llamar al 711) y solicitar la Cláusula LIS.

En este capítulo, usamos “medicamento” para referirnos a un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos pertenecen a la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Nuestro plan puede cubrir algunos medicamentos excluidos si adquirió una cobertura suplementaria de medicamentos.

Para entender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas cumplir cuando recibe los medicamentos cubiertos. Estas normas están explicadas en el Capítulo 5. Cuando usted utiliza la herramienta “Real-Time Benefit Tool” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com), el costo que ve muestra una estimación de los costos de bolsillo que se prevé que usted pague. También puede obtener la información que proporciona la “Real-Time Benefit Tool” si llama a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que podría pagar por medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede solicitar que pague:

- El **deducible** es el importe que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El **copago** es un importe fijo que paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre qué se contabiliza y qué no para sus costos de bolsillo. Estas son las normas que debemos cumplir para hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo **incluyen** los pagos que se indican a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya cumplido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El importe que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa del deducible
 - La etapa de cobertura inicial
- Todos los pagos que haya realizado durante este año natural como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.
- Todos los pagos por sus medicamentos que hayan efectuado familiares o amigos.

- Todos los pagos por sus medicamentos que haya efectuado Ayuda Extra de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Luego, comienza la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de **\$2,100** en costos de bolsillo durante el año natural, 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 Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que reciba en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos de sus medicamentos realizados por la Administración de Salud para Veteranos (Veterans Administration, VA).
- Pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de cubrir los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, una indemnización laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de descuento de fabricantes.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga total o parcialmente sus costos de bolsillo de medicamentos, usted tiene la obligación de informar esto a nuestro plan, llamando por teléfono a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de los costos totales de bolsillo

- El informe titulado *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que reciba incluye el importe actual de sus costos de bolsillo. Cuando este importe alcanza los **\$2,400**, en la *EOB de la Parte D* se le informará que ha pasado de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de sus gastos están completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en virtud de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO). El importe que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando vaya a surtir o a resurtir la receta. En este capítulo, se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapas de pago de medicamentos**
- **Etapas de pago de medicamentos**
- **Etapas de pago de medicamentos**

SECCIÓN 3 En su *Explicación de beneficios (EOB)* de la Parte D se describe 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 realiza cuando surte recetas en la farmacia. De este modo, podemos informarle el momento en que pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Costos de bolsillo:** esto es lo que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago de sus medicamentos que hayan efectuado familiares o amigos, y cualquier pago efectuado por Ayuda Extra de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** En este informe se proporciona la información detallada de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra el costo total del medicamento, lo que pagó el plan y lo que usted y terceros pagaron en su nombre.
- **Es la suma total del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información “desde el inicio del año hasta la fecha actual”. Le muestra el costo total de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará los aumentos porcentuales acumulados de cada reclamo de receta.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos de menor costo compartido para cada reclamo de receta que pudieran estar disponibles.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para tener un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Usted puede ayudarnos a mantener su información precisa y actualizada de las siguientes maneras:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta una receta.** Esto es útil para asegurarnos de que conocemos las recetas que surte y cuánto paga.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** Es posible que algunas veces deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información necesaria para hacer un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de bolsillo, preséntenos copias de los recibos. **Algunos ejemplos de situaciones en las que debe entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos proporcionados en virtud de un programa de asistencia del fabricante de medicamentos a pacientes.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del gasto. Para leer las instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Enviarnos información sobre los pagos que otras personas hicieron en su nombre.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se contabilizan para sus costos de bolsillo y le ayudan a calificar para una cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se contabilizan para sus costos de bolsillo. Debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos controlar sus gastos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una "EOB de la Parte D"), revíselo para asegurarse de que la información es completa y correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede ver su EOB en línea en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La etapa del deducible

La etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Usted deberá pagar un deducible anual de \$700 por medicamentos del Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3. **Deberá pagar el costo total de los medicamentos del Nivel 4 y del Nivel 5** hasta alcanzar el importe del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **costo** total suele ser menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede superar el precio justo máximo más las tasas de despacho de medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado \$700 por los medicamentos del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5, pasa de la etapa de deducible a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta la receta

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (su copago). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar en el que surta la receta.

Nuestro plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan está clasificado en uno de estos cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más costoso será el medicamento:

- El Nivel 1 es el más bajo y el Nivel 5 es el más alto.
- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos. Incluye medicamentos genéricos de menor costo y de uso común.
- Nivel 2: Medicamentos genéricos. Incluye varios medicamentos genéricos.
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferida. Incluye medicamentos de marca comunes, llamados marcas preferidas, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos. Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.
- Nivel 5: Medicamentos de especialidad. Incluye medicamentos únicos y/o de costo muy elevado.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus elecciones de farmacia

El importe que paga por un medicamento depende de si lo obtiene en:

- Una farmacia minorista de la red de nuestro plan.
- Una farmacia fuera de la red del plan. Solo cubrimos recetas que se hayan surtido en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos una receta que se ha surtido en una farmacia fuera de la red.
- Farmacia de pedidos por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

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

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

El importe del copago o del coseguro dependerá del nivel del costo compartido.

A veces, el costo de un medicamento es menor que el de su copago. En estos casos, usted pagará el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Sus costos por un suministro para un mes de un medicamento cubierto por la Parte D:

	Costo compartido estándar por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días).	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 30 días).	Costo compartido en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días).	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más información). (suministro para hasta 29 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferida)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de especialidad)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro

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

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

En general, el importe que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Hay ocasiones en las que usted o el médico quieran un suministro menor que un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede solicitar al médico que le recete y al farmacéutico que le surta un suministro para menos de un mes completo, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si consigue un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, no deberá pagar el suministro completo del mes.

- Si debe pagar un coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si debe pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días para los que recibe el medicamento en lugar del mes entero. Calculamos el importe que paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de costo compartido) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento cubierto por la Parte D

En el caso de algunos medicamentos, puede recibir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro prolongado”) cuando surta su receta. Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días.

- A veces, el costo de un medicamento es menor que el de su copago. En estos casos, usted pagará el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

En la tabla siguiente, se muestra cuánto paga cuando recibe un suministro a largo plazo (para hasta 90 días) de un medicamento.

	Costo compartido estándar por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 90 días).	Costo compartido de pedido por correo (suministro para hasta 90 días).
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferida)	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de especialidad)	25 % de coseguro	25 % de coseguro

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de los medicamentos para el año alcance \$2,400

La etapa de cobertura inicial termina cuando el total de sus costos de bolsillo alcanza **\$2,400**. A continuación, pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de cuánto ha gastado usted, el plan y cualquier tercero que haya pagado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de bolsillo de \$2,400 en un año.

Le avisaremos si alcanza este importe. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Entra en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan el límite de **\$2,400** para el año natural. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año natural.

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

SECCIÓN 7 Información adicional sobre beneficios

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

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas. Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas en virtud de la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para personas adultas sin costo alguno para usted, aunque no haya pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D se compone de 2 partes:

- La primera parte es el costo mismo de la **vacuna**.
- La segunda parte es el costo de **colocación de la vacuna**. (Esto a veces se denomina administración de la vacuna).

Sus costos para una vacuna de la Parte D dependen de las siguientes tres cuestiones:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
2. **Dónde se vacuna.**
 - La vacuna en sí misma se puede despachar en una farmacia o suministrarse en el consultorio del médico.

3. Quién le da la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede darle la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede dársela en el consultorio del médico.

Lo que pague en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de los medicamentos** en la que se encuentre.

- Cuando se vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna y del proveedor que se la administra. Puede solicitar a nuestro plan que le devuelva nuestra parte del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que le reembolsarán el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando se vacuna, solo pagará su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D. En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada.

Los siguientes son 3 ejemplos de formas en las que se podría dar una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Se administra la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Esta elección depende del lugar en el que viva. En algunos estados no está permitido que las farmacias administren ciertas vacunas).

- No pagará nada por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia el importe de coseguro o copago por la vacuna en sí misma, que incluirá el costo de administración.
- Nuestro plan cubrirá el resto de los costos.

Situación 2: Se da una vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

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

Situación 3: Compra la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red y la lleva al consultorio del médico donde se la administran.

- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, pagará un copago o coseguro a la farmacia por la vacuna.
- Si el médico le administra la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el importe total que pagó.

Capítulo 7 Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitar que paguemos nuestra parte por servicios cubiertos o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total de inmediato. Otras veces, es posible que descubra que pagó más de lo previsto según las normas de cobertura de nuestro plan, o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le hagan una devolución (reembolso). Usted tiene derecho a que el plan le haga una devolución del importe adicional al costo compartido que haya pagado por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir ciertos plazos para recibir la devolución. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También es posible que algunas veces reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un importe adicional al de su parte de costo compartido. Primero, intente corregir la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Nosotros revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si el proveedor está contratado, igualmente tiene derecho al tratamiento.

Los siguientes son algunos ejemplos de situaciones en las que podría tener que solicitar a nuestro plan que le hagan una devolución o que paguen una factura que recibió:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgentemente necesaria de un proveedor que no figura en la red de nuestro plan.

Si está fuera del área de servicio, puede obtener servicios de emergencia o urgentemente necesarios de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor forme parte de la red o no. En estos casos,

- usted solo debe pagar su parte del costo de servicios de emergencia o urgentemente necesarios. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia.
- Si usted paga el importe total en el momento de recibir la atención, solicítenos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le solicita un pago que usted considera que no debe pagar. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe algún importe, le pagaremos directamente.
 - Si usted ya pagó un importe adicional al de su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deberían facturar directamente al plan y solicitarle únicamente su parte del costo. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el importe de costo compartido cuando obtenga servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales separados, llamados **facturación de saldo**. Esta protección (que nunca pague más que sus importes de costo compartido) se aplica incluso si pagamos al

proveedor un importe menor que el que el proveedor cobra por un servicio y aunque haya una controversia y no paguemos ciertos cargos del proveedor.

- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red con un importe que usted considere mayor que el que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos la devolución de la diferencia entre el importe que pagó y el que debía pagar en virtud del plan.

3. Si su inscripción en el plan es retroactiva

A veces, la inscripción en el plan de una persona es retroactiva. (Esto significa que ya transcurrió el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción hasta podría haber ocurrido el año pasado).

Si su inscripción en el plan es retroactiva y ya pagó algunos de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos la devolución de nuestra parte de los costos. Debe presentar documentación, como recibos y facturas, para que podamos gestionar el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente a nosotros. Cuando eso ocurre, usted debe pagar el costo total de su receta.

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

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tenía su tarjeta de membresía

Si no tiene su tarjeta de membresía en el plan, puede pedir a la farmacia que llame al plan o que consulte la información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando solicite que le devolvamos nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que deba pagar el costo total de la receta porque se enteró de que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no figure en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o bien, podría tener un requisito o una restricción que no desconocía o que usted no creía que debía aplicarle. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite la devolución. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder devolverle nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos la solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento debe estar cubierto. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9, se presenta información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos una devolución o el pago de una factura

Envíenos su solicitud de pago, junto con la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es muy útil hacer una copia de la factura y de los recibos para sus registros.

Para asegurarse de que nos está presentando toda la información necesaria para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar un pago.

- No es obligatorio que use el formulario, pero este nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario (Formulario de reclamo de Medicare) desde nuestra página web <https://medicare.communityfirsthealthplans.com/wp-content/uploads/sites/3/2026/02/Medicare-Claim-Form.pdf> o llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

Envíe 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

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o denegaremos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le avisaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted cumplió con todas las normas para recibir la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le reembolsaremos nuestra parte del costo por correo postal. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3, se explican las normas que debe cumplir para que sus servicios médicos estén cubiertos. En el Capítulo 5, se explican las normas que debe cumplir para obtener la cobertura de sus medicamentos con receta de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si usted *no* ha cumplido con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Por el contrario, le enviaremos una carta explicando las razones por las que no enviamos el pago que solicitó y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la atención médica o el medicamento de forma total o parcial, puede presentar una apelación

Si considera que hemos cometido un error al denegar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el importe que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando denegamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer la información detallada sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y consistente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y consistente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, dificultades de lectura, discapacidad auditiva o de origen cultural y étnico diverso. Entre los ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad se incluyen, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono teletipo).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder preguntas de miembros con discapacidad y que no hablen inglés. También podemos ofrecerle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan ofrece a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de atención médica rutinarios y preventivos para las mujeres.

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

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, llame para presentar una reclamación a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de cobertura o en este envío postal, o puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros para obtener información adicional.

Sección 1.2 Debemos garantizar que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para que proporcione y gestione sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin una derivación.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a que le dispensen o renueven sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, en el Capítulo 9 se explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información médica personal. Protegemos su información médica personal tal y como lo exigen estas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos proporcionó al inscribirse en este plan, así como sus registros médicos y demás información médica y sanitaria.
- Tiene derechos relacionados con su información médica y con el control del uso que se hace de ella. Le entregamos un aviso por escrito, llamado “Aviso de prácticas de privacidad”, en el que se explican estos derechos y cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias indicadas a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a alguien que no esté prestándole asistencia ni pagando por ella, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito*. El permiso por escrito lo puede conceder usted o alguien que tenga poder legal para tomar decisiones en su nombre.
- Existen ciertas excepciones que no requieren que primero obtengamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son obligatorias por ley.
 - Estamos obligados a facilitar información médica a las agencias gubernamentales que revisan la calidad de la atención.
 - Como es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar su información médica de Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare facilita su información para una investigación u otros usos, esto se hará conforme a las leyes y regulaciones federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información de identificación personal.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros.

Tiene derecho a consultar sus registros médicos que se conservan en el plan y a obtener una copia de ellos. Podemos cobrarle un cargo por las copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si lo solicita, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información médica sobre usted y cómo puede acceder a esta información. **Por favor, revíselo detenidamente.**

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

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 este aviso de privacidad.

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre.

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

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos.

- Usted puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros a través de la información anterior.
- Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. puede enviar una carta a 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, llamar al 1-877-696-6775, o visitar **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, 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 hagamos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartir información en una situación de ayuda en caso de una catástrofe.
- Comunicarnos con usted 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 no comparte su información, su proceso de inscripción puede verse afectado. Esto también puede afectar su acceso a nuestras páginas web.

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)

La información de identificación personal (Personally Identifiable Information, PII) se refiere a la información que se puede usar para su identificación, ya sea sola o combinada con otra información.

- Al utilizar nuestras páginas web, nos da permiso para recopilar su PII.
- Cuando busca o solicita un seguro de salud, proporcionar su PII es voluntario.

PROTECCIONES INTERNAS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA ORAL, ESCRITA Y ELECTRÓNICA

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 médica:

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

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

Ejemplo: Usamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.

- Podemos recopilar y usar información sobre raza, etnia, idioma de preferencia, identidad de género, orientación sexual y necesidades sociales. Esta información puede

ayudarnos a comprender mejor las necesidades de nuestros Miembros, mejorar la calidad de la atención y los servicios que brindamos, y ayudar a reducir las disparidades en la salud. **Esta información no se utiliza para determinar la elegibilidad para la cobertura ni el costo de sus beneficios.**

Pagar por sus servicios médicos

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

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

Administrar su plan

- Podemos divulgar su información médica al patrocinador del plan de salud para su administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para ofrecer un plan de salud, 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 (normalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación). Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

Ayudar con cuestiones de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, como por ejemplo:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.

Realizar investigaciones

- Podemos utilizar o compartir su información para las investigaciones médicas.

Cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este quiere comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

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 organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un forense, médico forense o director funerario cuando una persona fallece.

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

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - Para reclamos de compensación de trabajadores.
 - Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión de salud para las actividades autorizadas por la ley.
 - Para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, seguridad nacional y protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la descrita aquí, a menos que usted no diga, por escrito, que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avisénnos por escrito si cambia de opinión.

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

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible según se solicite, en nuestra página web, y le enviaremos una copia por correo.

Fecha de vigencia: 1 de abril de 2026

Preguntas sobre este aviso

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, sobre nuestras prácticas de privacidad relacionadas con su información médica protegida (Protected Health Information, PHI), o sobre cómo ejercer sus derechos, puede contactarnos por escrito o por teléfono utilizando la información de contacto que se indica a continuación.

Community First Health Plans

Attention: 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 sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), tiene derecho a obtener distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir durante su uso.** En los Capítulos 3 y 4 se proporciona información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 se proporciona 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 está sujeta a restricciones. En el Capítulo 9 también se proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y demás proveedores de atención médica cuando acuda a recibir atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que pueda entender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que se mencionen los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos y a usar los fármacos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Se le debe informar con antelación si algún tratamiento o atención médica propuesta forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro, incluso si su médico le aconseja que no se vaya. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted asume toda la responsabilidad de lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué hacer si no es capaz de tomar decisiones médicas por su propia cuenta

A veces, las personas quedan incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que ocurra si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para dar **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si alguna vez no puede tomar decisiones por su cuenta.
- **Proporcionar instrucciones por escrito** a sus médicos sobre cómo quiere que gestionen su atención médica si no puede tomar decisiones por su cuenta.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones con antelación en estas situaciones se llaman **“directivas anticipadas”**. Los documentos llamados **“testamento vital”** y **“poder notarial para la atención médica”** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Consiga el formulario.** Si quiere tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de materiales de oficina. A veces puede obtener formularios de directiva anticipada en las organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros para solicitar los formularios en el 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente de dónde consiga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue las copias a las personas correspondientes.** Debería entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que mencione en el formulario como la responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. También puede que desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de tener una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a permanecer en un hospital y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- El hospital preguntará si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo lleva con usted.
- Si no firmó ningún formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Completar una directiva anticipada es su elección (incluso si quiere firmar una mientras permanece en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones en ella, puede presentar una queja ante **la agencia específica del estado correspondiente (como la Junta Médica de Texas o la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas)**. Consulte el **Capítulo 2** para obtener la información de contacto sobre las agencias específicas de su estado.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita pedir cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se explica qué puede hacer. Haga lo que haga (solicitar una decisión sobre la cobertura, presentar una apelación o una queja) **estamos obligados a ofrecerle un tratamiento justo.**

Sección 1.7 Si cree que está recibiendo un tratamiento injusto o que no se respetan sus derechos

Si cree que está recibiendo un tratamiento injusto o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, 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 o TTY al 1-800-537-7697, o llamar a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si cree que está recibiendo un tratamiento injusto o que no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de una discriminación, puede recibir ayuda para afrontar el problema que tenga en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros** al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Llame al Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP)** al 1-800-252-9240.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en los siguientes lugares:

- Llame a los **Servicios para Miembros** de nuestro plan al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Llame al **SHIP** local al 1-800-252-9240 (TTY 1-800-735-2989).
- Póngase en contacto con **Medicare**.
 - Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como Miembro de nuestro plan

Todo lo que debe hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para acceder a ellos.** Utilice este documento de *Evidencia de cobertura* para saber qué tiene cubierto y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se ofrecen detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 se ofrecen detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o de medicamentos además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** En el Capítulo 1 se explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y demás proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía de nuestro plan siempre que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y demás proveedores proporcionándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento a su atención.**
 - Para poder recibir la mejor atención, informe a sus médicos y demás proveedores sanitarios sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene dudas, asegúrese de hacer preguntas y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Tenga consideración.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros consultorios.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe seguir pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo Miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtenga el servicio o medicamento.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo Miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, avise a la Seguridad Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

Capítulo 9 Si tiene un problema o queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos para gestionar los problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso para las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, necesita utilizar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas reclamaciones).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que debemos seguir tanto nosotros como usted.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso adecuado y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales técnicos para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de la gente y pueden ser difíciles de entender.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos los términos legales cuando brindamos los detalles para resolver los tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Aunque tenga una queja sobre nuestro trato hacia usted. Estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). En algunas situaciones, también es posible que necesite ayuda u orientación de alguien que no esté vinculado con nosotros. Las dos organizaciones que pueden ayudarle son las siguientes:

Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe seguir para resolver su problema. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y orientarle sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Llame al **SHIP** al 1-800-252-9240 (TTY 1-800-735-2989).

Medicare

También puede ponerse en contacto con Medicare para recibir ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 3 Qué proceso seguir para su problema

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas relacionados con la cobertura de atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B), el tipo de cobertura y el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 4: Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 10: Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES SOBRE LA COBERTURA Y LAS APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones

Las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones se ocupan de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte D, incluido el pago). Para simplificar, en general nos referimos a los productos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. El proceso de decisión sobre la cobertura y de apelación se usa para cuestiones relacionadas con la cobertura de un servicio (si está cubierto o no) y las condiciones de esa cobertura.

Solicitud de decisiones sobre la cobertura antes de recibir los servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de obtenerla, puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el importe que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión favorable sobre la cobertura a menos que usted o su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso estándar de denegación para este especialista, o la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también puede comunicarse con nosotros y pedir una decisión sobre la cobertura si no está seguro de si cubriremos un servicio médico concreto o si se niega a prestarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, la solicitud de decisión sobre la cobertura se rechazará, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de un rechazo de una solicitud incluyen cuando la solicitud está incompleta, cuando alguien la presenta en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o cuando usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión sobre la cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión sobre la cobertura cada vez que determinamos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagaremos por ellos. En algunos casos, podemos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión sobre la cobertura que hayamos tomado. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión sobre la cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión sobre la cobertura. Los revisores que gestionan su apelación son diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión sobre la cobertura que tomamos para comprobar si seguimos correctamente las normas. Cuando terminemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 se rechazará, lo que significa que no la revisaremos. Los ejemplos de un rechazo de una solicitud incluyen cuando la solicitud está incompleta, cuando alguien la presenta en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o cuando usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1 para la atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté vinculada a nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para la atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en detalle en la Sección 6.

Si no está conforme con la decisión en la apelación de Nivel 2, podría continuar con niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión sobre la cobertura o para presentar una apelación

Aquí tiene recursos que podría querer utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión:

- **Llámenos a Servicios para Miembros** al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia para el seguro médico.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe designarlo como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestra página web en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com)).
- Para la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión sobre la cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que emite recetas puede solicitar una decisión sobre la cobertura o una apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro profesional que emite recetas debe nombrarse como su representante.

- **Usted puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para que solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación.
 - Si desea que un amigo, familiar, su médico u otro profesional, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en página web en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). Este formulario otorga permiso a esa persona para que actúe en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiere que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar la revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes del plazo fijado para tomar una decisión sobre su apelación, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

También tiene derecho a contratar a un abogado. Puede ponerse en contacto con su propio abogado o solicitar el nombre de un abogado a su colegio de abogados local o a otro servicio de derivación. También hay grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si cumple los requisitos. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que implican decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Aquí tiene los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 5** Atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si considera que le dan de alta demasiado pronto
- **Sección 8** Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto (*Aplica solo a estos servicios:* atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios en Centros de rehabilitación ambulatoria integral [CORF])

Si no tiene en claro qué información se aplica a su caso, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura médica o quiere que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios para la atención médica se describen en el Capítulo 4 en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, para una solicitud de medicamentos de la Parte B se aplican normas diferentes a las de artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y considera que esa atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere ofrecerle y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, pero hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó por una atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, y quiere pedir a nuestro plan un reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le informan que la cobertura de determinada atención médica que ha recibido y que previamente aprobamos se reducirá o suspenderá, y considera que reducir o suspender esta atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

NOTA: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en Centros de rehabilitación ambulatoria integral (CORF), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a este tipo de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura

Términos legales

Una decisión sobre la cobertura que implica su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una decisión estándar o una decisión rápida sobre la cobertura.

Una decisión sobre la cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 7 días naturales cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días naturales para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida sobre la cobertura generalmente se toma en un plazo de 72 horas para los servicios médicos, o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir los dos requisitos siguientes:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos médicos o servicios (no solicitudes de pago para artículos o servicios que ya recibió).
- Usted puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo si* seguir los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar la función.

Si su médico nos indica que su salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, la aceptaremos automáticamente.

Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con lo siguiente:

- Una explicación de que usaremos los plazos estándar.
- Una explicación de que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, la ejecutaremos automáticamente.
- Una explicación de que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de ofrecer una respuesta estándar sobre la cobertura en lugar de la decisión rápida que solicitó.

Paso 2: solicite a nuestro plan que tome una decisión sobre la cobertura estándar o rápida.

- Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante puede hacerlo. En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.

Paso 3: consideramos su solicitud de cobertura médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones estándar sobre la cobertura utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días naturales después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días naturales después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días naturales adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud se trata de un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le ofreceremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones rápidas sobre la cobertura utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida sobre la cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días naturales adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud se trata de un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que explicaremos el motivo.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura médica, usted puede apelar.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión a través de una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión sobre la cobertura 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 suele presentarse en un plazo de 30 días naturales o 7 días naturales para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se presenta en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted o su médico debe decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, le concederemos una.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura en la Sección 5.2.

Paso 2: solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono. En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o por teléfono.** En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días naturales** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos para darle nuestra respuesta acerca de la decisión sobre la cobertura. Si no cumple este plazo y tiene una razón justificada para ello, explique el motivo del retraso para presentar la apelación. Puede que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una razón justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden aportar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y podemos ponernos en contacto 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 así lo exige.
 - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos solicitar hasta 14 días naturales adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o antes de que termine el periodo extendido si nos tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente de revisión. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, 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 las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días naturales** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días naturales** tras recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos solicitar hasta 14 días naturales adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud se trata de un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes del plazo fijado (o antes de que termine el periodo extendido), enviaremos su solicitud al Nivel 2 de apelación, donde la revisará una organización independiente de revisión. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días naturales si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días naturales** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, la enviaremos automáticamente 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.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es la **Entidad de revisión independiente**. A veces llamada **IRE**.

La **organización de revisión independiente es una entidad independiente contratada por Medicare**. No está vinculada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama **expediente**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a proporcionar a la Organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** tras su recepción.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días naturales adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización independiente de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días naturales** tras su recepción. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días naturales** tras su recepción.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días naturales adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para decidir si su solicitud es para un medicamento 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 de esta.

- **Si la organización independiente de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura médica en un plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días naturales desde que recibimos la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, disponemos de **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización independiente de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar dicho medicamento en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas** disponemos de **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización independiente de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con lo siguiente:
 - Una explicación de la decisión.
 - Información sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura médica cumple un mínimo determinado. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el importe en dólares que debe cumplir para continuar el proceso de apelación.
 - Una explicación de cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea avanzar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un juez administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 se explican los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelación.

Sección 5.5 Si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica

En el Capítulo 7 se describe cuándo puede ser necesario solicitar un reembolso o que le paguemos una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es solicitarnos una decisión sobre la cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está pidiendo una decisión sobre la cobertura. Para tomar esta decisión sobre la cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si siguió las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y siguió las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo, generalmente en un plazo de 30 días naturales, pero no más que 60 días naturales después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o *no* siguió todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se indique que no pagaremos la atención médica y se expliquen los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre el rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión sobre la cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales después de recibir su apelación. Si nos solicita que le paguemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede presentar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días naturales.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para conseguir un medicamento de la Parte D o desea un reembolso por un medicamento de la Parte B

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener más detalles sobre medicamentos, normas, restricciones y costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se trata únicamente de sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez que se trata de un *medicamento con receta ambulatorio* o *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 usted cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de poder cubrirlo.
- Si su farmacia le indica que la receta no puede surtir tal y como está escrita, le entregará un aviso por escrito en el que se explique cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura.

Decisiones sobre la cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales

Una decisión inicial sobre la cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el importe que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedir la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como los límites en el importe del medicamento que puede obtener, los criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicitar una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar pagar un importe de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión sobre la cobertura. Sección 6.4.**
- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Solicitar un reembolso. Sección 6.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción del formulario**.
Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción del formulario**.
Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que desearía, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura.

Para que consideremos una solicitud de excepción, su médico u otro profesional que emite recetas deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Luego consideraremos su solicitud. A continuación, tiene tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que emite recetas pueden solicitar 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, tendrá que pagar el importe de costo compartido que se aplica a los medicamentos de Nivel 4. No puede pedir una excepción al importe de costo compartido que le exigimos pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción para usted, puede solicitar una excepción en el importe de costo compartido que le exigimos pagar por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número del nivel del costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que estén en un nivel de costo compartido inferior al suyo, puede pedirnos que cubramos su medicamento al importe del costo compartido que corresponde a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el importe de costo compartido. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.

- Si el medicamento que toma es de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento con el importe de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel del costo compartido para ningún medicamento en el *Nivel 5: Nivel de medicamentos especiales*.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que no pueda tomar, normalmente pagará el importe menor.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que emite recetas debe proporcionar una declaración que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que emite recetas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera igual de eficaz que el que solicita y no provocara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo le resulten igual de eficaces o puedan provocar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Esto será así siempre que su médico siga recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión a través de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción

Término legal

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación acelerada de cobertura**.

Paso 1: decida si necesita una decisión sobre la cobertura estándar o rápida.

Las **decisiones sobre la cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de obtener la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas sobre la cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de obtener la declaración de su médico.

Si su salud así lo requiere, solicite una decisión rápida sobre la cobertura. Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir los dos requisitos siguientes:

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura para un reembolso de un medicamento que ya ha comprado).
- El cumplimiento de los plazos estándar podría causar graves problemas a su salud o afectar su capacidad para realizar sus actividades.

- **Si su médico u otro profesional que emite recetas nos informa que su salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, se la otorgaremos automáticamente.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o del profesional que emite recetas, nosotros decidiremos si su salud requiere que proporcionemos una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con lo siguiente:
 - Una explicación de que usaremos los plazos estándar.
 - Una explicación de que si su médico u otro profesional que emite recetas solicita una decisión rápida sobre la cobertura, la ejecutaremos automáticamente.
 - Una explicación de cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de ofrecer una respuesta estándar sobre la cobertura en lugar de la decisión rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas tras su recepción.

Paso 2: solicite una decisión sobre la cobertura estándar o rápida.

Primero llame, escriba o envíe un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión sobre la cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS*, disponible en nuestra página web [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que indique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que emite recetas) o su representante puede hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 se explica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración que la respalde**, es decir, las razones médicas que la justifiquen. Su médico u otro profesional que emite recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien su médico u otro profesional que emite recetas puede informarnos por teléfono y, luego, enviar por fax o por correo una declaración por escrito si fuera necesario.

Paso 3: consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Por lo general, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para las excepciones, le brindaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente de revisión.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o declaración del médico que respalde la solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que explicaremos el motivo. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión sobre la cobertura estándar acerca de un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente de revisión.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** acordada **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que explicaremos el motivo. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura acerca del pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días naturales** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente de revisión. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a hacerle el pago en un plazo de 14 días naturales después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que explicaremos el motivo. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión a través de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación a nuestro plan en relación con una decisión sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida se llama **redeterminación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar normalmente se presenta en un plazo de 7 días naturales. Una apelación rápida generalmente se presenta en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que emite recetas deben decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, médico u otro profesional que emite recetas deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.

- **Para las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una presentada en el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación de CMS*, disponible en nuestra página web [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días naturales** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos para darle nuestra respuesta acerca de la decisión sobre la cobertura. Si no cumple este plazo y tiene una razón justificada para ello, explique el motivo del retraso para presentar la apelación. Puede que le otorguemos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una razón justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden aportar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si estábamos siguiendo todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Podemos ponernos en contacto con usted, con su médico u otro profesional que emite recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente de revisión. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando el porqué y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días naturales** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días naturales, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente de revisión. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más que **7 días naturales** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito explicando el porqué y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días naturales** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente de revisión.

- Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, también estamos obligados a hacerle el pago en un plazo de **30 días naturales** desde que recibimos su solicitud.
- Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que explicaremos el motivo. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es la **Entidad de revisión independiente**. A veces llamada **IRE**.

La organización de revisión independiente es una entidad independiente contratada por Medicare. No está vinculada con nosotros ni 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, su médico u otro profesional que emite recetas) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. En estas instrucciones se indicará quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días naturales** desde la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable respecto a una determinación **de riesgo** en el marco de nuestro programa de gestión de medicamentos, remitimos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se llama **expediente**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta otorgarle una apelación rápida, la revisión debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días naturales** después de recibir su apelación si se trata de un

medicamento que aún no recibió. Si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe brindarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días naturales** después de recibir su solicitud.

Paso 3: la organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura del medicamento que aprobó la organización **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión.

Para las apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó, debemos proporcionar la cobertura del medicamento que aprobó la organización **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión.
- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o 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 naturales** después de recibir la decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **parte o la totalidad** de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con lo siguiente:

- Una explicación de la decisión.
- Información sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Un aviso sobre el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: si su caso cumple con el requisito, usted decide si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea avanzar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un juez administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más larga si considera que el médico le da el alta demasiado pronto

Cuando ingresa en un hospital, tiene derecho a acceder a todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para la preparación del día en que salga del hospital. También le ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar una vez que salga.

- El día que sale del hospital se denomina **fecha de alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicará.
- Si considera que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se tendrá en cuenta su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se informan sus derechos

En un plazo de 2 días naturales desde su ingreso en el hospital, se le entregará un aviso escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de algún miembro del personal del hospital (por ejemplo, un asistente social o un miembro de enfermería), pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-633-4227 (los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso con atención y haga preguntas si no lo entiende. En el aviso se menciona lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde denunciar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si considera que es demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta, así podemos cubrir su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- A usted o a quien actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso. (En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le indicará la fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.

3. Guarde su copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o denunciar una inquietud sobre la calidad de la atención) si lo necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes del día en que sale del hospital, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
- Para consultar una copia de este aviso con antelación, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im>.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Para solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios de hospitalización durante más tiempo, utilice el proceso de apelación. Antes de empezar, debe comprender qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para

Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien llame a su Programa estatal de asistencia de seguro médico, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Se verifica que la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica financiados por el 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: póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se indica cómo ponerse en contacto con esta organización. O bien busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de salir del hospital y **a más tardar a la medianoche del día del alta**.
 - **Si cumple con este plazo**, puede quedarse en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo, póngase en contacto con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha de alta prevista, *es posible que tenga que pagar los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de esa fecha.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Al mediodía del día siguiente a que se comuniquen con nosotros, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se indica la fecha prevista de alta y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien puede conseguir un aviso de muestra en línea en [CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores nos hayan comunicado su apelación, también recibirá un aviso escrito de nuestra parte con la fecha de alta prevista. En este aviso también se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión independiente dice que *sí*, **debemos seguir proporcionando sus servicios de hospitalización cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión independiente dice que *no*, eso indica que la fecha de alta prevista es médicamente adecuada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura para sus servicios de hospitalización finalizará al mediodía del día siguiente** a que la Organización para la Mejora de la Calidad le brinde la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y decide quedarse en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la Organización para la Mejora de la Calidad le brinde su respuesta a su apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que avanza al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su hospitalización después de la fecha de alta prevista.

Paso 1: póngase en contacto de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días naturales** desde el día en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya rechazado su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días naturales desde la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión y se la comunicarán.

Si la organización de revisión independiente dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha recibido desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria mientras sea médicamente necesario.**

- Debe seguir pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1 y no la modificarán. Esto se denomina confirmar la decisión.
- En el aviso que reciba se indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere avanzar con su apelación al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea avanzar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un juez administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto

Cuando recibe **servicios cubiertos de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o de rehabilitación (Centro de rehabilitación ambulatoria integral)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es el momento de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, estamos obligados a informarle con antelación. Cuando termine su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención*.

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le informaremos con antelación cuándo terminará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Aquí se explica cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión sobre la cobertura en relación con el momento en que se interrumpirá su atención.

- 1. Usted recibe un aviso por escrito** al menos 2 días naturales antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo presentar una apelación rápida para solicitar que sigamos cubriendo su atención durante un periodo más prolongado.
- 2. Se solicitará que usted o alguien que actúe en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* muestra que tiene la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de finalizar la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitar que cubramos su atención durante un periodo más prolongado, tendrá que utilizar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de empezar, debe comprender qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien llame a su Programa estatal de asistencia de seguro médico, una organización gubernamental que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. **La Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica financiados 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 el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: presente su apelación de Nivel 1. Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad para solicitar una apelación rápida. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se indica cómo ponerse en contacto con esta organización. O bien busque el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido.

- Debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y quiere presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad a través de la información de contacto del *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado también pueden encontrarse en el Capítulo 2.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso en el que se detallan las razones para finalizar la cobertura.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le proporcione nuestro plan.
- Al final del día, cuando los revisores nos informen sobre su apelación, le enviaremos la *Explicación detallada de la no cobertura*, en la que se explican en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria; los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, debemos **seguir proporcionando los servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, según corresponda). Puede haber limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores *rechazan* la solicitud, **su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos informado**.
- Si decide seguir recibiendo servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o en Centros de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, **usted tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y decide seguir recibiendo atención después de que haya finalizado su cobertura, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo hacer que una apelación de Nivel 2 logre que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en Centros de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) después de la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: póngase en contacto de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debes solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** desde el día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad revisarán detenidamente toda la información sobre su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días naturales desde la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué ocurre si la organización de revisión independiente dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Debe seguir pagando su parte de los costos y puede que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que reciba se indicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se proporcionarán los detalles sobre cómo avanzar al siguiente nivel de apelación, que es gestionado por un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si quiere avanzar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después el Nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si desea avanzar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibe después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un juez administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Avanzar con la apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y ambas se rechazaron.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple ciertos niveles mínimos, podría pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no puede apelar más. En la respuesta por escrito que reciba sobre su apelación de Nivel 2 se explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los dos primeros niveles. A continuación se explica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador aprueba su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días naturales después de recibir la decisión del juez administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento que la acompañe. Es posible que esperemos la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechazan su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: el **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión ante el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días naturales después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no acepta la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se indicará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5: un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si acepta o no su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y ambas apelaciones se rechazaron.

Si el valor del medicamento al que ha apelado alcanza un importe en dólares determinado, podría pasar a niveles adicionales de apelación. Si el importe es menor, no puede apelar más. En la respuesta por escrito que reciba sobre su apelación de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de forma muy similar. A continuación se explica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días naturales** después de recibir la decisión.

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: el **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago no más de 30 días** naturales después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede o no* haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no acepta la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, en el aviso que reciba se indicará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También se indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5: un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta o no* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se gestionan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Aquí tiene ejemplos de los tipos de problemas que se gestionan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	¿Alguien ha actuado de forma grosera o irrespetuosa con usted? ¿No está conforme con nuestros Servicios para Miembros? ¿Siente que intentan hacer que abandone el plan?
Tiempos de espera	¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud hacen que tenga que esperar demasiado tiempo? ¿O parte de nuestros Servicios para Miembros u otro personal del plan? - Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo por teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener una receta.
Limpieza	¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	¿No le hemos enviado un aviso obligatorio? ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Este tipo de quejas se refiere a la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si solicitó una decisión sobre la cobertura o presentó una apelación, y considera que no estamos respondiendo con suficiente rapidez, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Aquí tiene algunos ejemplos: - Nos solicitó una <i>decisión rápida sobre la cobertura</i> o una <i>apelación rápida</i>, y la rechazamos; puede presentar una queja. - Considera que no estamos cumpliendo los plazos para las apelaciones de decisiones sobre la cobertura; puede presentar una queja. - Considera que no estamos cumpliendo estos plazos para cubrir o reembolsar ciertos artículos médicos, servicios o medicamentos aprobados; puede presentar una queja. - Considera que no cumplimos los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamación**.
 - **Presentar una queja** se denomina **presentar una reclamación**.
 - **Utilizar el proceso para las quejas** se denomina **utilizar el proceso para presentar una reclamación**.
 - Una **queja rápida** se denomina **reclamación acelerada**.
-

Paso 1: póngase en contacto cuanto antes, ya sea por teléfono o por escrito.

Normalmente, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso. Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros se lo comunicará. Se puede comunicar con Servicios para Miembros al 210-358-6386 o al número gratuito 1-833-434-2347. Las llamadas a este número son gratuitas. Los representantes están disponibles los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (Servicio de mensajería disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre).

- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos por escrito.
- Community First Health Plans debe recibir su queja en un plazo de 60 días naturales desde el evento o incidente objeto reclamo. Si algo le impidió presentar la queja (padecía una enfermedad, proporcionamos información de contacto incorrecta, etc.), háganoslo saber y podríamos aceptar su queja después de 60 días. Atenderemos su queja lo antes posible, a más tardar 30 días después de recibirla. A veces necesitamos información adicional, o puede que desee proporcionar más información. Si esto ocurre, es posible que tardemos 14 días más en responder a su queja. En caso de que se apliquen los 14 días adicionales, recibirá una carta en la que se informará al respecto. Si su queja es porque tardamos 14 días adicionales en responder a su solicitud de resolución o apelación de cobertura, o porque decidimos que no necesitaba una decisión rápida sobre la cobertura ni una apelación rápida, puede presentar una queja rápida. Le responderemos en un plazo de 24 horas tras recibir su queja rápida. La dirección y los números de fax para presentar quejas se encuentran en el Capítulo 2.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días naturales desde que tuvo el problema que quiere reclamar.

Paso 2: revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, puede que podamos darle una respuesta en la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se resuelven en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y el retraso es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, **podemos dedicar hasta 14 días** naturales más (44 días naturales en total) para responder a su queja. En caso que decidamos tomar los días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque hemos denegado su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema objeto de esta, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros profesionales de atención médica financiados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se ofrece a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se encuentra la información de contacto.
O bien:
- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para la Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre el Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10 Fin de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Fin de su membresía en nuestro plan

El fin de su membresía en Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) puede ser **voluntario** (por su propia elección) o **involuntario** (no por su elección):

- Es posible que abandone nuestro plan porque *desea* hacerlo. En las Secciones 2 y 3 se ofrece información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que se nos exige finalizar su membresía. En la Sección 5 se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si abandona nuestro plan, seguirá recibiendo atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta

Usted puede finalizar su membresía durante el **Periodo de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- **El Periodo de inscripción abierta** se extiende desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija 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;
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado; o bien
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
 - Si elige esta opción y recibe Ayuda Extra, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía termina** en nuestro plan cuando comienza la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** se extiende desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y, además, para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriban en un plan de MA, desde el mes en que adquieran el derecho de la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de dicho derecho.

- **Durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Darse de baja de nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este periodo, también puede unirse a un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan Medicare Advantage, o cuando recibimos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Periodo de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Periodo de inscripción especial**.

- **Es posible sea elegible para finalizar su membresía durante un Periodo de inscripción especial** si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos. Para consultar la lista completa puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).
 - En general, cuando se muda.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si usted reúne los requisitos para recibir Ayuda Extra para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en el Programa de atención integral para personas mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Si se encuentra en un programa de control de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de planes. En el Capítulo 5, Sección 10, se ofrece más información sobre los programas de control de medicamentos.

Los periodos de inscripción varían según su situación.

- **Para saber si es elegible para un Periodo 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 es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como la cobertura de medicamentos con receta. Puede elegir lo siguiente:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado; o
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
 - **Si recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene cobertura válida de medicamentos recetados durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finaliza** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.
- **Si recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar los costos de la cobertura de sus medicamentos:** si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare *puede* inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros** al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Encuentre la información en el manual **Medicare y Usted 2027**.
- 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 finalizar su membresía en nuestro plan

Sección 3.1 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

En la siguiente tabla se explica cómo debería finalizar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos de Medicare separado	Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Se le dará de baja automáticamente de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos de Medicare separado	• Envíenos una solicitud por escrito para darse de baja. Póngase en contacto con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que le den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le dará de baja de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, seguirá recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, seguirá recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red para que surtan sus recetas.**
- **Si lo internan el día que termina su membresía, normalmente su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan de alta después de que empiece su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) debe finalizar su membresía en determinadas situaciones

Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra 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, debe llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si el lugar adonde se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si acaba encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano estadounidense ni está legalmente presente en Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tenga y que ofrezcan cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos brinda información incorrecta de manera intencionada al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta a su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de manera disruptiva y dificulta que le proporcionemos atención médica a usted y a los demás miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía de Community First Health Plans para recibir atención médica. (No podemos hacer que abandone nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podría solicitar que el Inspector General investigue su caso.
- Si tiene que pagar el importe extra de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare le dará de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a **Servicios para Miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debería hacer si esto ocurre?

Si siente que le están pidiendo abandonar nuestro plan por motivos de salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito las razones de nuestra decisión. También debemos explicarle cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

Evidencia de cobertura 2027 de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación aplicable

La principal ley que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las regulaciones creadas en virtud de dicha ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que resida. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, antecedentes médicos, información genética, pruebas de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como el nuestro, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluyendo 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 de Atención Médica Asequible, todas las demás leyes que se apliquen a organizaciones que reciben financiación federal y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar información en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [HHS.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación como pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no sea el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), en su calidad de organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

Capítulo 12 Definiciones

Apelación: una apelación es algo que se hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios médicos, medicamentos con receta, pago por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde vivan las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también suele ser el área donde puede recibir servicios rutinarios (no de emergencia). El plan puede darle de baja si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor cualificado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención especializada en centros de enfermería incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede administrar el personal de enfermería o un médico titulado.

Autorización previa: aprobación previa para recibir servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestra página web.

Auxiliar de atención domiciliaria: una persona que ofrece servicios que no requieren las habilidades del personal de enfermería o terapeutas titulados, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Ayuda Extra: un programa de Medicare para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Baja: el proceso para finalizar su membresía en nuestro plan.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales para la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF): un centro que principalmente ofrece servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, y brinda una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla, así como servicios de evaluación en el entorno del hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan hospitalización y cuya estancia esperada en el centro no supere las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro para ayudar a pagar medicamentos con receta ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Cobertura válida de medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) ya que se espera que pague, de media, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar penalización si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Copago: un importe que es posible que deba pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una consulta ambulatoria o un medicamento con receta. Un copago es un importe fijo (por ejemplo, \$10) en lugar de un porcentaje.

Corto compartido: el costo compartido se refiere al importe que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier importe deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran servicios o medicamentos; (2) cualquier importe fijo de "copago" que un plan exija cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier importe de "coseguro", un porcentaje del total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exija cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Coseguro: un importe que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %), como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta.

Costos de bolsillo: consulte la definición anterior de costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costo de bolsillo del miembro.

Cuidados asistenciales: los cuidados asistenciales son cuidados personales que se ofrecen en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro tipo de centro cuando no se necesita atención médica especializada ni cuidados de enfermería especializada. Los cuidados asistenciales son cuidados personales que pueden ofrecer personas que no tienen habilidades ni formación profesional para ayudar en las actividades cotidianas, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o de una silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de la gente realiza por sí misma, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no cubre los cuidados asistenciales.

Cuidados paliativos: un beneficio que proporciona tratamiento especial a un Miembro al que se le haya diagnosticado médicamente una enfermedad terminal, es decir, que tenga una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige los cuidados paliativos y continúa pagando las primas, usted sigue siendo Miembro de nuestro plan. Mantiene el acceso a todos los servicios médicamente necesarios, así como a los beneficios complementarios que ofrecemos.

Deducible: el importe que debe pagar por atención médica o medicamentos con receta antes de que nuestro plan se haga cargo del costo.

Derivación: una orden escrita de su médico de cabecera para que visite a un especialista o reciba servicios médicos determinados. Sin una derivación, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si nuestro plan cubre un medicamento con receta para usted y el importe, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y allí le indican que no tiene cobertura del plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones sobre la cobertura**.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por ellos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones sobre la cobertura.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): equipo médico determinado que solicita su médico por razones médicas. Ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión i.v., dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas hospitalarias, solicitados por un proveedor para su uso en el hogar.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado **\$2,100** en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo para el año alcancen el umbral de pago.

Evidencia de cobertura (EOC) e Información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y lo que debe hacer como Miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión sobre la cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción del formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido inferior (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si su patrocinador del plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente una cantidad superior al importe de costo compartido que permite nuestro plan. Como miembro de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), solo tiene que pagar los importes del costo compartido de nuestro plan cuando reciba los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** ni le cobren más del importe de costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se dispensan en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los Miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en la que las personas inscritas pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica para cada una. Esto incluye los importes de costo compartido, los medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para el mismo estado de salud que un medicamento determinado, y las restricciones de la cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospitalización: una estancia en el hospital cuando ha ingresado formalmente para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que se le siga considerando un paciente ambulatorio.

Importe del ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo que figura en su declaración de la renta presentada ante el IRS 2 años atrás supera un monto determinado, pagará la prima estándar y un Importe del ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional añadido a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Importe máximo de bolsillo: el importe máximo que paga de su bolsillo durante el año natural para los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los importes que paga por sus primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, así como los medicamentos con receta, no cuentan para el importe máximo de bolsillo. Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más información sobre su importe máximo de bolsillo.

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System.

Ingreso suplementario de seguridad (SSI): un beneficio mensual que paga la Seguridad Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tengan una discapacidad, sean ciegas o tengan 65 años o más. Los beneficios del ingreso suplementario de seguridad (Supplementar Security Income, SSI) no son lo mismo que los beneficios de la Seguridad Social.

Límites de cantidad: una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden establecerse para la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costes de atención médica están cubiertos si cumple los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y comercializan otros fabricantes y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca ha expirado.

Medicamento genérico: un medicamento con receta aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos principios activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" funciona igual que uno de marca y suele costar menos.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un precio máximo justo.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido determinadas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Otras categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare Original (Medicare Tradicional o Medicare de pago por servicio): Medicare Original lo ofrece el gobierno y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage o los planes de medicamentos con receta. En el marco de Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos a través del pago a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica del importe establecido por el Congreso. Usted puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del importe aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

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

Miembro (Miembro de nuestro plan, o “Miembro del plan”): 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 (CMS).

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo del medicamento.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros profesionales de la salud financiados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se ofrece a los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios para medicamentos con receta de Medicare.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D: un importe añadido a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (cobertura que se espera que pague, de media, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más después de obtener la elegibilidad para unirse por primera vez a un plan de la Parte D.

Periodo de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un periodo de beneficio, comienza uno nuevo. Usted debe pagar el deducible de la hospitalización en cada periodo de beneficio. No hay límite en el número de periodos de beneficio.

Periodo de inscripción abierta en Medicare Advantage: el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este periodo, también puede unirse a un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. El Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un periodo de 3 meses después de que una persona sea elegible para Medicare por primera vez.

Periodo de inscripción abierta: el periodo que va desde el 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.

Periodo especial de inscripción: un momento establecido en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que podría ser elegible para un periodo especial de inscripción son las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Extra” para los costos de sus medicamentos con receta, si se traslada a un hogar de ancianos o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Periodo inicial de inscripción: cuando es elegible por primera vez para Medicare, es el periodo de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted es elegible para Medicare tras cumplir 65 años, su periodo inicial de inscripción es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye ese mes y finaliza 3 meses después.

Persona con doble elegibilidad: persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece una atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como Medicaid, las que residen en un hogar de ancianos o las que padecen ciertas enfermedades crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un Plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los Miembros del plan por un importe de pago determinado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sean recibidos de proveedores de la red o fuera de ella. El costo compartido del Miembro suele ser mayor cuando los beneficios del plan se obtienen de los proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en el total combinado de sus costos de bolsillo para servicios tanto de proveedores de la red (preferidos) como fuera de ella (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de costo de Medicare, los Programas de demostración o piloto y los Programas de atención integral para personas mayores (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamada la Parte C de Medicare. Un plan que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un plan Privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro médico (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para personas mayores) combina servicios médicos, sociales y cuidados a largo plazo (LTC) para personas frágiles, con el fin de ayudarlas a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como los de Medicaid a través del plan.

Planes de necesidades especiales para beneficiarios duales (D-SNP): los planes de necesidades especiales para beneficiarios duales (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a la asistencia médica de un plan estatal en el marco de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que ofrecen las compañías de seguros privadas para cubrir los "vacíos" en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio máximo justo: el precio que Medicare negoció por un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para la cobertura de los medicamentos con receta.

Producto biológico original: un producto biológico aprobado por la FDA que sirve como comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se lo denomina producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento con receta 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 pueden copiarse exactamente, por lo que las fórmulas alternativas se denominan biosimilares. (consulte **“Producto biológico original”** y **“Biosimilar”**).

Programa de descuentos para fabricantes: un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo de terapias con medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades médicas complejas, proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o que están en un Programa de control de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Prótesis y ortesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, férulas para brazos, espalda y cuello; prótesis; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomías y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro profesional al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud Medicare, debe acudir a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen licencia o están aprobados por Medicare y por el Estado para prestar servicios médicos. Los proveedores de la red tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los servicios cubiertos a los Miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no son empleados, ni son propiedad de nuestro plan, ni están ni gestionados por él.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **presentar una reclamación**. El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye 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 del proceso de apelación.

Reclamación: un tipo de queja que presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas sobre la cobertura ni el pago.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los servicios de la visión, dentales o de audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros médicos que cubre nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación con internación, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y terapia ocupacional.

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamaciones y apelaciones.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una fase temprana, cuando el tratamiento probablemente funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías).

Servicios urgentemente necesarios: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio urgentemente necesario si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable recibir este servicio de proveedores de red, dada la hora, el lugar y las circunstancias. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran urgentemente necesarias, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Subvención por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda Extra.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para cubrir el costo de la receta. La tarifa de dispensación cubre costos como el tiempo que el farmacéutico tiene para preparar y empaquetar la receta.

Tarifa diaria de costo compartido: puede aplicarse una tarifa diaria de costo compartido cuando su médico le recete menos del suministro para un mes completo de determinados medicamentos y usted deba pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por el número de días del suministro mensual. Aquí tiene un ejemplo: si su copago por un suministro mensual de un medicamento es de \$30, y el suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tarifa diaria de costo compartido" es de \$1 por día.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de cubrir el que su médico podría haber recetado inicialmente.

Umbral de costo de bolsillo: el importe máximo que paga de **su bolsillo** por los medicamentos de la Parte D.

Servicios para Miembros de Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO)

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
TELÉFONO	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Los siete días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería disponible los fines de semana y los días festivos desde el 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. También ofrecemos servicios gratuitos de interpretación para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Para llamar a este número se requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. La llamada es gratuita. (Las 24 horas, los siete días de la semana)
CORREO POSTAL	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
PÁGINA WEB	CommunityFirstMedicare.com

Programa de información, asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) (Texas SHIP)

HICAP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito en seguros médicos locales a personas con Medicare.

Método	Programa de información, asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) (Texas SHIP)
TELÉFONO	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Para llamar a este número se requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO ELECTRÓNICO	info@shiptacenter.org
PÁGINA WEB	HHS.Texas.gov/services/health/medicare

Declaración de divulgación de la PRA: Según la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

Non-Discrimination Notice

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

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

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

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

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, please contact Community First Member Services at the number on the back of your Member ID card or 1-800-434-2347. If you're deaf or hard of hearing, please call 711. If you feel that Community First failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a complaint with Community First by phone, fax, or email at:

Community First Compliance Coordinator

Phone: 210-227-2347 | TTY: 711

Fax: 210-358-6014

Email: DL_CFHP_Regulatory@cfhp.com

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

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

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

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

Complaint forms are available at:
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Aviso de no discriminación

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

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

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

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

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Community First al número que aparece en el reverso de su tarjeta de Miembro o al 1-800-434-2347. Si tiene dificultades auditivas, llame al 711. Si usted cree que Community First no le proporcionó servicios lingüísticos gratuitos o que fue discriminado/a de cualquier otra manera por motivos de su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, usted puede comunicarse con Community First por teléfono, fax o correo electrónico:

Coordinador de Cumplimiento Regulatorio de Community First

Teléfono: 210-227-2347 | TTY: 711

Fax: 210-358-6014

Correo electrónico: DL_CFHP_Regulatory@cfhp.com

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

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica a través del portal de quejas de derechos civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. También puede presentar una queja por correo o por teléfono al:

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

Los formularios de queja están disponibles en:
<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-434-2347 (TTY: 711) or speak to your provider.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-434-2347 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

پاملرنه: که چیری تاسو په پښتو ژبه خبرې کوئ، په وړیا ډول د ژبې د مرستې خدمتونه ستاسو لپاره د لاسرسي وړ دي. د لاسرسي وړ ښو کي د معلوماتو د وړاندې کولو لپاره مناسبې مرستې او خدمتونه په وړیا ډول د لاسرسي وړ دي. له 1-800-434-2347 (TTY: 711) شمېرې سره اړیکه ونیسئ یا د خپلو خدمتونو له چمتو کونکي سره اړیکه ونیسئ.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فستوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-800-434-2347 (TTY: 711) أو تحدث إلى مزود الخدمة.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-434-2347 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات رایگان کمک زبانی در دسترس شماست. کمک ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس هستند. با شماره 1-800-434-2347 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خدمات خود صحبت کنید.

توجه: اگر شما دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبان رایگان برای شما در دسترس است. کمک ها و خدمات کمکی مناسب برای ارائه معلومات در فارمت های قابل دسترس نیز به صورت رایگان در دسترس است. با 1-800-434-2347 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه کننده خود صحبت کنید.

注意: 如果您说中文, 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 1-800-434-2347 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

LU'U Ý: Nénu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-434-2347 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

ICYITONDERWA: Niba uvuga Ikinyarwanda, ufite serivisi z'ubufasha bw'ururimi ku buntu. Ibikoresho na serivisi byunganira bitangwa ku buntu kugira ngo amakuru atangwe mu buryo bworoshye kumva. Hamagara 1-800-434-2347 (TTY: 711) cyangwa uvugishe umuganga wawe.

DÍYAN DO: Zodi oñne Rohingya hotá hoo, toife oñnolla maana zubani modot ókkol ase. Lootfaibade formeth ót maalamat dibolla munasef modotgorede caíjjo adde hédmot oñnolla taíbo. Kool goró 1-800-434-2347 (TTY: 711) ót yá oñnor dekbai doya loí hotá hoo.

MAKINIKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa pia inapatikana bila malipo. Piga simu 1-800-434-2347 (TTY: 711) au zungumza na mtoa huduma wako.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-434-2347 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-434-2347 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-434-2347 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

አስተውሉ:- ትግረኛ ትዛረብ እንተ ኾንካ ብናጻ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎት ኪወሃበካ ይኽእል እዩ። ብተወሰኹ 'ውን ብናጻ ሓበሬታ ንምሃብ ዘድሊ ሓገዚ ረድኤትን ኣገልግሎታትን ብናጻ ይረክብኩ። ናብ 1-800-434-2347 (TTY: 711) ደውሉ ወይ ምስ ወሃቢ ኣገልግሎትካ ተዘራረብ።

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

2027

EVIDENCIA DE COBERTURA

RESUMEN DE SU PLAN

Community First Medicare Advantage

Alamo Plan (HMO) H5447-001

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

COMMUNITY FIRST
— MEDICARE ADVANTAGE —
ALAMO (HMO)

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