

COMMUNITY FIRST
— MEDICARE ADVANTAGE PLAN —
BEXAR DUAL

2027

MANUAL DEL MIEMBRO

EVIDENCIA DE COBERTURA

RESUMEN DE SU PLAN

Community First Medicare Advantage
Bexar Dual (HMO D-SNP) H5447-002
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

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

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

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, los siete días de la semana

Servimos a los residentes del condado de Bexar.

CommunityFirstMedicare.com



Evidencia de cobertura

Año del plan 2027

Resumen de su plan

**Community First Medicare
Advantage Bexar Plan (HMO D-SNP) H5447-002
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027**

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

Llame a Servicios para Miembros o visite la 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, los siete días de la semana

Servimos a los residentes del condado de Bexar.

CommunityFirstMedicare.com

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Su cobertura de salud y medicamentos a través de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP)

La organización proporciona y coordina tanto los servicios cubiertos por Medicare Advantage como los beneficios de Medicaid STAR+PLUS, y se asegura de que los miembros reciban una atención integrada e integral a través de un único plan de salud.

Introducción al Manual del miembro

Este *Manual del miembro*, también conocido como la *Evidencia de cobertura*, incluye información sobre la cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2027. Se explican los servicios de atención médica, la cobertura de salud conductual, la cobertura de medicamentos con receta y los Servicios y apoyos a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS). Los LTSS ayudan a los miembros a permanecer en el hogar en lugar de acudir a un hogar de ancianos o un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual del miembro*.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Cuando en este *Manual del miembro* se usa “nosotros”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).

Este documento está disponible gratuitamente en español.

Puede conseguir este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio llamando a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo); de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.

Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única de materiales en un idioma distinto al inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347 (TTY 711). Documentaremos su elección. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Tenga en cuenta que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días festivos federales del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro sistema telefónico automatizado puede responder a su llamada. Si deja un mensaje de voz, incluya su nombre y número de teléfono, y un miembro del equipo le devolverá la llamada en un plazo de un (1) día hábil.

Descargos de responsabilidad

- ❖ Community First Health Plans, Inc. es una HMO y HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un contrato con la Agencia Estatal de Medicaid de Texas. La inscripción en Community First Health Plans, Inc. depende de la renovación del contrato. Community First se comercializa bajo los nombres Community First Medicare Advantage Alamo Plan (HMO), Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO) y Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO). Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-833-434-2347 o TTY al 711 para obtener más información. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. © 2027 Community First Health Plans, Inc.
- ❖ Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) es un plan de salud que contrata tanto con Medicare como con Medicaid de Texas para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas.
- ❖ Está recibiendo este *Manual del miembro* porque se aprobó su inscripción a Medicaid según el programa STAR+PLUS y se le asignó a Community First. Lea este *Manual del miembro* para obtener información sobre los beneficios de su plan de salud y lo que cubre el plan.
- ❖ Los beneficios o copagos pueden modificarse el 1 de enero de 2028.
- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle al menos con 30 días de antelación.

Índice

Para guiarse para encontrar información, consulte la siguiente lista detallada de temas.

Capítulo 1	Cómo empezar como miembro	5
A.	Le damos la bienvenida a nuestro plan	5
B.	Información sobre Medicare y STAR+PLUS	5
B1.	Medicare	5
B2.	STAR+PLUS	5
C.	Ventajas de nuestro plan	6
D.	Área de servicio de nuestro plan	6
E.	Requisitos de elegibilidad para ser miembro del plan	6
F.	Qué esperar al afiliarse por primera vez a nuestro plan de salud	7
G.	Su equipo de coordinación de servicios y plan de servicios	7
G1.	Equipo de coordinación de servicios	7
G2.	Plan de servicio	7
H.	Resumen de costos importantes	8
I.	Este <i>Manual del miembro</i>	8
J.	Otra información importante que obtiene de nosotros	8
J1.	Su tarjeta de identificación de miembro	8
J2.	<i>Directorio de proveedores y farmacias</i>	9
J3.	Lista de medicamentos cubiertos	9
J4.	<i>Explicación de los beneficios</i>	10
K.	Mantener actualizado el registro de membresía	10
K1.	Privacidad de la información médica personal (PHI)	11

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos los servicios de Medicare y STAR+PLUS, así como la membresía en este. También se indica qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

A. Le damos la bienvenida a nuestro plan

Nuestro plan ofrece servicios de Medicare y STAR+PLUS a personas que cumplen los requisitos para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios y apoyos a largo plazo, proveedores de salud conductual y otros proveedores. También contamos con coordinadores de servicios y equipos de coordinación de servicios para ayudarle a gestionar los proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para proporcionarle la atención que necesita.

B. Información sobre Medicare y STAR+PLUS

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para las siguientes personas:

- personas de 65 años o más,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).

B2. STAR+PLUS

STAR+PLUS es el nombre del programa Medicaid de Texas. STAR+PLUS está gestionado por la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) y está financiado por Texas y el gobierno federal. STAR+PLUS ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) y otros costos médicos. Cubre servicios y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo gestionar sus programas, siempre que sigan las normas federales.

Medicare y la HHSC de Texas aprobaron nuestro plan. Puede acceder a servicios de Medicare y STAR+PLUS a través de nuestro plan siempre que:

- decidamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y la HHSC de Texas nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de funcionar en el futuro, su elegibilidad para Medicare y los servicios STAR+PLUS no será afectada.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora recibirá todos los servicios cubiertos de Medicare y STAR+PLUS de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No paga extra por unirse a este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y STAR+PLUS funcionen mejor juntos y mejor para usted. Algunas de las ventajas son las siguientes:

- Puede trabajar con nosotros para **la mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Tiene un equipo de coordinación de servicios, que usted ayuda a formar. Su equipo de coordinación de servicios puede incluirle a usted, a su cuidador, médicos, personal de enfermería, consejeros u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de servicios. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de coordinación de servicios para ayudarle a elaborar un plan de atención.
- Puede dirigir su propia atención con la ayuda del equipo de coordinación de servicios y el coordinador de servicios.
- El equipo de coordinación de servicios y el coordinador de servicios trabajan con usted para elaborar un plan de atención diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de coordinación de servicios le ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de coordinación de servicios se asegura de que:
 - Sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, de modo que puedan asegurarse de que toma los correctos y puedan reducir cualquier efecto secundario que pueda tener a causa de ellos.
 - Los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.
- Nuevos miembros de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP): en la mayoría de los casos, se le inscribirá en Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) para sus beneficios de Medicare el primer día del mes siguiente a la solicitud de inscripción en Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP). Es posible que siga recibiendo sus servicios STAR+PLUS a través de su anterior plan de salud STAR+PLUS durante un mes de transición, según la fecha de inscripción. Después de eso, recibirá sus servicios STAR+PLUS a través de Community First Health Plans, Inc - STAR+PLUS. No habrá periodos sin cobertura de STAR+PLUS. Llámenos al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta.

D. Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye este condado de Texas: Bexar.

Solo las personas que residen en nuestra área de servicio pueden unirse al plan.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá continuar en nuestro plan. Consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio.

E. Requisitos de elegibilidad para ser miembro del plan

Usted es elegible para nuestro plan siempre que:

- viva en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella); **y**
- tenga tanto la Parte A de Medicare **como** la Parte B de Medicare; **y**
- tenga ciudadanía o nacionalidad estadounidense, o sea un extranjero elegible; **y**

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

- actualmente sea elegible para STAR+PLUS y al menos uno de los siguientes:
 - tenga una discapacidad física o mental y califique para el Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income, SSI), **o**
 - califique para los Servicios Domiciliarios y Comunitarios (Home and Community Based Services, HCBS) de STAR+PLUS; **y**
- NO tenga una inscripción activa en uno de los siguientes programas de exención 1915(c):
 - Servicios de asistencia **y** apoyo para la vida comunitaria (Community Living Assistance and Support Services, CLASS)
 - Programa para sordociegos con discapacidades múltiples (Deaf Blind with Multiple Disabilities Program, DBMD)
 - Servicios domiciliarios y comunitarios (Home and Community-based Services, HCS)
 - Programa de Texas para vivir en casa (Texas Home Living Program, TxHmL)

Si pierde su elegibilidad para STAR+PLUS pero se espera que la recupere en un plazo de seis meses, seguiremos ofreciendo todos los beneficios cubiertos por Medicare y STAR+PLUS. Durante ese tiempo, le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para STAR+PLUS. Si no puede recuperar la elegibilidad para STAR+PLUS en un plazo de seis meses, le daremos de baja de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad para STAR+PLUS después de que se le dé de baja, tendrá que comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en el plan.

Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

F. Qué esperar al afiliarse por primera vez a nuestro plan de salud

Cuando se incorpore por primera vez a nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) dentro de los 90 días previos o posteriores a la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una visita presencial, una llamada telefónica o por correo. También nos comunicaremos con usted al menos una vez al año para ver si alguna de sus necesidades cambió.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

G. Su equipo de coordinación de servicios y plan de servicios

G1. Equipo de coordinación de servicios

Un equipo de coordinación de servicios puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de coordinación de servicios puede incluir a su médico, un coordinador de servicios, sus especialistas u otros profesionales de la atención médica que elija.

Un coordinador de servicios es una persona capacitada para ayudarle a gestionar la atención que necesita. Al inscribirse en nuestro plan, tiene un coordinador de servicios. Esta persona también le refiere a otros recursos comunitarios que nuestro plan puede no ofrecer, y trabajará con el equipo de coordinación de servicios para ayudarle a coordinar su atención. Llámenos al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre su coordinador de servicios y su equipo de coordinación de servicios.

G2. Plan de servicio

Su equipo de coordinación de servicios trabaja con usted para elaborar un plan de servicio. Un plan de servicio le indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y LTSS, u otros servicios.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

Su plan de servicio incluye:

- sus objetivos de atención médica, y
- un plazo para obtener los servicios que necesita.

El equipo de coordinación de servicios se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre servicios que quizá deba considerar contratar. El plan de servicio se crea en función de sus necesidades y objetivos. El equipo de coordinación de servicios trabaja con usted para actualizar su plan de servicio al menos cada año.

H. Resumen de costos importantes

Nuestro plan no tiene prima.

I. Este Manual del miembro

Este *Manual del miembro* forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las normas de este documento. Si considera que actuamos en contra de estas normas, es posible que pueda apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puede solicitar un *Manual del miembro* llamando a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede consultar el *Manual del miembro* que encontrará en nuestra página web, en la dirección que aparece al final de la página.

El contrato está vigente durante los meses en que su inscripción esté activa en nuestro plan entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

J. Otra información importante que obtiene de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de identificación de miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de proveedores y farmacias*, e información sobre cómo acceder a una *Lista de medicamentos cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos* o *Formulario*.

J1. Su tarjeta de identificación de miembro

Con nuestro plan, tiene una tarjeta para los servicios de Medicare y STAR+PLUS, incluidos los LTSS, ciertos servicios de salud conductual y las recetas. Muestre esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o receta. Aquí tiene un ejemplo de tarjeta de identificación de miembro:

COMMUNITY FIRST HEALTH PLANS		H5447-002 (HMO D-SNP) MEDICARE ADVANTAGE BEXAR DUAL	
Member Name: John M. Doe		Medicaid ID: 0000000000	
Member ID: 0000000000		Group No: ABC00000000000000-00000000000000000000	
Service Coordinator Phone: 210-358-6403		Policy Effective Date: 01/01/2027	
Primary Care Physician: Provider Name		PCP Phone Number: 001-234-5678	
MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays for PCP, Specialist, and ER: \$0 Community First Medicare Advantage Bexar Dual is a Texas Integrated Dual Eligible Special Needs Plan that contracts with both Medicare and STAR+PLUS (Medicaid). H5447_0726B00407_C		 RxBIN: 61060200 RxPCN: NVTD RxGRP: CFD002	

In case of emergency, call 911 or go to the closest emergency room. After treatment, call your PCP within 24 hours or as soon as possible. Member Services: 7 days a week, 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	En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana. Después de recibir cuidado, llame a su PCP dentro de 24 horas o lo antes posible. Servicios para Miembros: 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (1 oct. al 31 mar) De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (1 abril al 30 sept.) Local 210-358-6386 • Línea gratuita 1-833-434-2347 TTY 711 (24 horas al día/7 días a la semana) Servicios de Salud Mental: Gratis 1-877-221-2226 (24 horas al día/7 días a la semana) Línea de consejos de enfermeras: (24 horas al día/7 días a la semana) Local 210-358-6386 • Línea gratuita 1-800-434-2347 Sitio web: CommunityFirstMedicare.com
FOR PROVIDERS Notice to Hospitals and Other Providers: All inpatient admissions require pre-authorization, except in the case of emergency. Please call Community First within 24 hours at 210-358-6050 or fax to 210-358-6040. Pharmacist Help Desk: 1-866-270-3877 Non-participating providers must obtain prior authorization on all services, except for emergency care. Submit professional/other claims to: Community First Health Plans PO Box 240969, Apple Valley, MN 55124	

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CommunityFirstMedicare.com.

Si su tarjeta de identificación de miembro está dañada, perdida o fue robada, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato. Le enviaremos una tarjeta nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta de Medicare roja, blanca y azul ni la tarjeta *Your Texas Benefits* para obtener la mayoría de los servicios. Conserve esas tarjetas en un lugar seguro por si las necesita más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de identificación de miembro, el proveedor puede facturar a Medicare en lugar de a nuestro plan, y es posible que reciba una factura. Es posible que se le pida que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores y las farmacias dentro de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores dentro de la red para obtener servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de proveedores y farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando a Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página. Las solicitudes de directorios impresos de proveedores y farmacias se enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye información como direcciones, números de teléfono y horario de atención. Se indica si el establecimiento dispone de adaptaciones para personas con discapacidad. El *Directorio de proveedores y farmacias* también incluye si los proveedores aceptan nuevos pacientes y si hablan otros idiomas.

Definición de proveedores de la red

- Nuestros proveedores dentro de la red incluyen:
 - médicos, personal de enfermería y otros profesionales de la atención médica que puede utilizar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - LTSS, servicios de salud conductual, agencias de atención domiciliaria, proveedores de equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) y otros que ofrecen bienes y servicios que obtiene a través de Medicare o STAR+PLUS.

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

Definición de farmacias dentro de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Salvo en caso de emergencia, debe surtir sus recetas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Tanto los Servicios para Miembros como nuestra página web pueden ofrecerle la información más actualizada sobre los cambios en nuestras farmacias y proveedores de la red.

J3. Lista de medicamentos cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la *Lista de medicamentos* para abreviar. Incluye qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados a través del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en la *Lista de medicamentos* a menos que hayan sido retirados y reemplazados según se describe en la **Sección B** del **Capítulo 5**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).

En la *Lista de medicamentos* también se indica si existen reglas o restricciones sobre cualquier medicamento, como un límite en la cantidad que puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información.

Cada año le enviamos información sobre cómo acceder a la *Lista de medicamentos*, aunque puede que haya algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicios para Miembros o visite nuestra página web en CommunityFirstMedicare.com.

J4. Explicación de los beneficios

Cuando utiliza sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen para ayudarle a entender y llevar un control de los pagos de los medicamentos de la Parte D de Medicare. Este resumen se denomina *Explicación de los beneficios* (Explanation of Benefits, EOB).

En la EOB se indica el importe total que usted, u otras personas en su nombre, gastaron en los medicamentos de la Parte D de Medicare y el importe total que pagamos por cada uno de los medicamentos de la Parte D durante el mes. Esta EOB no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con un costo compartido menor que podrían estar disponibles. Puede hablar con el profesional que emite recetas sobre estas opciones de menor costo. **En el Capítulo 6** de este *Manual del miembro* se ofrece más información sobre la EOB y cómo le ayuda a hacer un seguimiento de la cobertura de medicamentos.

También puede pedir una EOB. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

K. Mantener actualizado el registro de membresía

Puede mantener su registro de membresía actualizado si nos informa cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros. 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 cuáles son los importes de costos compartidos. Por eso, es muy importante ayudarnos a mantener la información actualizada.

Infórmenos enseguida sobre lo siguiente:

- cambios en su nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico, como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o el empleador de su pareja de hecho, o la compensación laboral;
- cualquier reclamo de responsabilidad, como los reclamos por accidente de tránsito;
- ingreso en un centro de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o sala de urgencias;
- cambio de cuidador (o cualquier persona responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de contarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que piense participar, pero le animamos a hacerlo).

Si alguna información cambia, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Es importante que informe de los cambios en su información personal y estado de elegibilidad a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. Esto incluye cambios en su dirección, número de teléfono, correo electrónico, información del hogar, ingresos u otra información que pueda afectar su elegibilidad STAR+PLUS. Mantener su información actualizada ayuda a que siga recibiendo avisos importantes sobre los beneficios y servicios, y evita interrupciones en su cobertura de Medicaid. Para informar de cambios o actualizar su

información, visite YourTexasBenefits.com, llame al 2-1-1 (TTY: 711) y seleccione un idioma, luego la opción 2, o comuníquese con la oficina local de beneficios de la HHSC. Dado que su elegibilidad para STAR+PLUS afecta su inscripción en este plan, es importante informar con prontitud los cambios a la HHSC y responder a cualquier solicitud de información o documentación de renovación. Seguirá recibiendo atención a través de Community First hasta que la HHSC realice los cambios necesarios.

K1. Privacidad de la información médica personal (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información médica personal (Personal Health Information, PHI). Las leyes federales y estatales exigen que mantengamos la PHI en privado. Protegemos su PHI. Para obtener más detalles sobre cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del miembro*.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

En este capítulo se proporciona información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarle a responder sus preguntas sobre nuestro plan y los beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con el coordinador de servicios y otras personas para que aboguen por usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Índice

Para guiarse para encontrar información, consulte la siguiente lista detallada de temas.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes	12
A. Servicios para Miembros	13
B. Coordinador de servicios	15
C. Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP)	16
D. Organización de Mejora de la Calidad Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)	16
E. Medicare	17
F. STAR+PLUS	18
G. Oficina del Defensor del Pueblo de la HHS	18
H. Oficina del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo de Texas	19
I. Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos	19
I1. Ayuda Extra de Medicare	19
I2. Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)	20
I3. Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)	20
I4. El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	20
J. Seguridad Social	21
K. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)	21
L. Seguro colectivo u otro seguro de un empleador	22

A. Servicios para Miembros

LLAMADA	Llame al 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) El servicio de mensajería estará disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar aquí. Esta llamada es gratuita. (Las 24 horas del día, los siete días de la semana).
CORREO POSTAL	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
PÁGINA WEB	Visite CommunityFirstMedicare.com

Comuníquese con Servicios para Miembros Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre su atención médica
 - Una decisión sobre la cobertura de su atención médica es una decisión sobre lo siguiente:
 - los beneficios y servicios cubiertos; **o**
 - el importe que pagamos por los servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con su atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.
- Apelaciones sobre la atención médica
 - Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión que tomamos sobre la cobertura y solicitar su modificación si considera que se cometió un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* o comuníquese con Servicios para Miembros.
- Quejas sobre la atención médica
 - Puede presentar una queja contra nosotros o cualquier proveedor (incluidos los proveedores fuera de la red o dentro de la red). Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) sobre la calidad de la atención recibida (consulte la **Sección D**).

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

- Puede comunicarse con nosotros y explicar su queja llamando al 1-833-434-2347 (gratuito) o al 210-358-6386 (local).
- Si su queja es sobre una decisión de cobertura de la atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
- Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en la página web [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar asistencia.
- Puede presentar una queja sobre su plan STAR+PLUS ante la Oficina del Defensor del Pueblo de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de Texas llamando al 1-866-566-8989, enviando un fax al 888-780-8099 o enviando un correo postal a la siguiente dirección:
HHS Office of the Ombudsman
PO Box 13247
Austin, Texas 78711-3247
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre la atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.
- Decisiones de cobertura sobre los medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre los medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
 - Los beneficios y medicamentos cubiertos; **O**
 - el importe que pagamos por los medicamentos.
 - Esto se aplica a los medicamentos de la Parte D de Medicare.
 - STAR+PLUS pagará medicamentos o productos complementarios para los miembros con doble derecho a beneficios completos después de que se haya facturado el seguro comercial o si no hay seguro comercial registrado. Estos medicamentos incluyen medicamentos sin receta (de venta libre), algunos productos usados para aliviar los síntomas de la tos y el resfriado, y algunas vitaminas y productos minerales con receta.
 - Para obtener más información sobre decisiones de cobertura respecto a sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.
- Apelaciones sobre los medicamentos
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión sobre la cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre los medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.
- Quejas sobre los medicamentos
 - Puede presentar una queja contra nosotros o contra cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre los medicamentos.
 - Si la queja es sobre una decisión de cobertura de los medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior, consulte la Sección D).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en línea en la página web [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar asistencia.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.
- Pago por atención médica o medicamentos que ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso de dinero o cómo pagar una factura recibida, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

B. Coordinador de servicios

El coordinador de atención es la persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con los proveedores de atención médica para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Esta persona ayuda a gestionar todos los proveedores, servicios y apoyos. Se le asignará automáticamente un coordinador de servicios y atención. Para comunicarse con el coordinador de servicios y atención o cambiarlo, llame a los números de teléfono que aparecen a continuación.

LLAMADA	Llame al 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) El servicio de mensajería estará disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar aquí. Esta llamada es gratuita. (Las 24 horas del día, los siete días de la semana).
CORREO POSTAL	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249

Comuníquese con el coordinador de servicios para obtener asistencia con lo siguiente:

- Preguntas sobre la atención médica
- Preguntas sobre cómo acceder a servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)
- Preguntas sobre transporte
- Preguntas sobre servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)
- Preguntas sobre el acceso a los apoyos comunitarios

C. Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP)

El Programa estatal de asistencia para el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece asistencia, información y respuestas gratuitas a las dudas sobre Medicare. En Texas, el SHIP se llama Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (Health Information, Counseling, and Advocacy Program, HICAP).

El HICAP es un programa estatal independiente (no vinculado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a personas con Medicare.

LLAMADA	1-800-252-9240 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central estándar
TTY	1-800-735-2989
	Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar aquí.
CORREO ELECTRÓNICO	info@shiptacenter.org
PÁGINA WEB	hhs.texas.gov/services/health/medicare

Comuníquese con el equipo de HICAP para recibir asistencia con lo siguiente:

- Preguntas sobre Medicare
- Los asesores de HICAP pueden responder a sus preguntas sobre el cambio de plan y ayudarlo a:
 - entender sus derechos;
 - entender sus elecciones de plan;
 - responder preguntas sobre el cambio de plan;
 - presentar quejas sobre la atención médica o un tratamiento; y
 - solucionar problemas de facturación.

D. Organización de Mejora de la Calidad Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)

En nuestro estado hay una organización llamada Acentra. Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

LLAMADA	888-315-0636
TTY	711
CORREO POSTAL	5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
PÁGINA WEB	acentraqio.com

Comuníquese con Acentra para recibir ayuda con lo siguiente:

- Preguntar sobre sus derechos de atención médica.
- Presentar una queja sobre la atención que recibió en los siguientes casos:
 - tuvo un problema con la calidad de la atención, por ejemplo, recibió la medicación equivocada, realizó pruebas o procedimientos innecesarios, o recibió un diagnóstico erróneo;
 - considera que su hospitalización termina demasiado pronto; **o**
 - cree que la atención médica domiciliaria, la atención en centros de enfermería especializada o los servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizan demasiado pronto.

E. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 con discapacidad y personas con enfermedades renales terminales (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, o CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

LLAMADA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar aquí.
CHAT EN VIVO	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 área, incluidos los precios y los servicios que se ofrecen. • Encuentre médicos que participen en Medicare u otros proveedores y prestadores de atención médica. • Infórmese de qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o dosis, 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. Para presentar una queja a Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma en serio las quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

F. STAR+PLUS

STAR+PLUS es el programa de atención gestionada por Medicaid de Texas para personas adultas con discapacidades o mayores de 65 años, que proporciona atención médica y LTSS a través de nuestro plan de salud.

Su inscripción está activa en Medicare y en STAR+PLUS. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, llame a Medicaid de Texas. Asegúrese de mencionar que su inscripción está activa en un plan STAR+PLUS.

LLAMADA	Salud y Servicios Humanos de Texas 877-541-7905 o 211 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora central estándar
TTY	711
CORREO POSTAL	P. O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
PÁGINA WEB	yourtexasbenefits.com

G. Oficina del Defensor del Pueblo de la HHS

La Oficina del Defensor del Pueblo de la HHS actúa como defensora en su nombre. Allí, pueden proporcionarle respuestas a sus preguntas si tiene algún problema o queja sobre los servicios STAR+PLUS, además de indicarle cómo proceder. La Oficina del Defensor del Pueblo de la HHS también le asiste con problemas de servicio o facturación. La oficina no está vinculada a nuestros planes, a ninguna compañía de seguros ni a ningún plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAMADA	1-866-566-8989 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central estándar
TTY	711 Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar aquí.
CORREO POSTAL	Texas Health and Human Services Office of the Ombudsman P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
PÁGINA WEB	hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsman

H. Oficina del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo de Texas

La Oficina del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo de Texas ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos y a resolver problemas entre hogares y residentes o sus familias.

La Oficina del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo de Texas no está vinculada a nuestro plan, a ninguna compañía de seguros ni a ningún plan de salud.

LLAMADA	800-252-2412 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central estándar
TTY	711
	Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
	Debe tener un equipo telefónico especial para llamar aquí.
CORREO POSTAL	HHS Office of the Ombudsman P.O. Box 13247 Austin, Texas 78711-3247
CORREO ELECTRÓNICO	lrc.ombudsman@hhs.texas.gov
PÁGINA WEB	hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsman

I. Programas para ayudar a las personas a pagar medicamentos

En la página web de Medicare ([Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs)) se ofrece información sobre cómo reducir el costo de los medicamentos. Para personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, como se describe a continuación.

I1. Ayuda Extra de Medicare

Por su elegibilidad para STAR+PLUS, cumple los requisitos y recibe "Ayuda Extra" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No necesita hacer nada para obtener esta "Ayuda Extra".

LLAMADA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
	Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048
	Esta llamada es gratuita.
	Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar aquí.
PÁGINA WEB	Medicare.gov

Si considera que paga un importe incorrecto por una receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencias del copago correcto. Si ya tiene evidencia del importe adecuado, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

- Llame al número de Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la mejor evidencia disponible y para presentar dicha documentación.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el importe de copago correcto al obtener su próxima receta. Si paga de más el copago, le reembolsaremos el dinero mediante un cheque o con un crédito para un copago futuro. Si la farmacia no le cobró el copago y usted tiene una deuda con ella, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente a dicho estado. Llame a Servicios para Miembros al número 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

12. Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)

En caso de contar con inscripción en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa que proporcione cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare que no sea la "Ayuda Extra", se mantiene el 70 % de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan cubre el 5 % del costo de los medicamentos de marca en el periodo de cobertura. El descuento del 70 % y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

13. 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 que cumplen los requisitos para este programa y que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también figuran en el formulario del ADAP son elegibles para recibir ayuda con los costos compartidos de medicamentos con receta a través del Programa de medicamentos contra el VIH en Texas.

Nota: Para la elegibilidad para el ADAP en Texas, se debe cumplir con ciertos criterios, incluidos el comprobante de residencia estatal y del estado de VIH, bajos ingresos (según la definición del estado) y la condición de falta de seguro o seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a la persona encargada de su inscripción local en el ADAP para poder seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de medicamentos contra el VIH en Texas al 800-255-1090.

14. El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a administrar sus costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, al distribuirlos 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 administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de los medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y sigue en el mismo plan, no necesita hacer nada para continuar con esta opción.** La "Ayuda Extra" de Medicare y la ayuda de los programas SPAP y ADAP, para quienes cumplen con los requisitos, resultan más ventajosas que la participación en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

J. Seguridad Social

La Seguridad Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que informe de ello a la Seguridad Social.

LLAMADA	1-800-772-1213
	Las llamadas a este número son gratuitas.
	Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
	Puede usar los servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar ciertos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778
	Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar aquí.
PÁGINA WEB	ssa.gov

K. Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para el personal ferroviario del país y sus familias. Si obtiene Medicare a través de la RRB, avíseles si se muda o cambia de dirección postal. Para realizar preguntas sobre los beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAMADA	1-877-772-5772
	Las llamadas a este número son gratuitas.
	Toque "0" para hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los días lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los días miércoles.
	Toque "1" para acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701
	Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar aquí.
	Estas llamadas no son gratuitas.
PÁGINA WEB	rrb.gov

L. Seguro colectivo u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios a través del empleador o para jubilados (ya sea el propio o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, comuníquese con la persona que administra los beneficios del empleador o sindicato, o llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas. Puede preguntar sobre los beneficios de salud del empleador o de jubilación (ya sea de su propia cobertura o de la de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el periodo de inscripción. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para hacer preguntas sobre la cobertura de Medicare con este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o para jubilados, comuníquese con **la persona que administra los beneficios de ese grupo**. La persona que administra los beneficios puede ayudarle a entender cómo funcionará la cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

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

Introducción

Este capítulo contiene términos y normas específicas que necesita conocer para acceder a la atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan. También se explica sobre el coordinador de servicios, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y bajo ciertas circunstancias especiales (incluidos los proveedores o las farmacias fuera de la red), qué hacer si le facturan directamente por servicios que cubrimos y las normas de propiedad para equipos médicos duraderos (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Índice

Para guiarse para encontrar información, consulte la siguiente lista detallada de temas.

Capítulo 3 Uso de la cobertura de nuestro plan para su atención médica y otros servicios cubiertos	23
A. Información sobre servicios y proveedores	25
B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan	25
C. Coordinador de servicios	26
C1. Qué es un coordinador de servicios	26
C2. Cómo puede comunicarse con el coordinador de servicios	26
C3. Cómo puede cambiar al coordinador de servicios	26
D. Atención de los proveedores	26
D1. Atención de un médico de atención primaria (PCP)	26
D2. Atención de especialistas y otros proveedores dentro de la red	28
D3. Cuando un proveedor se retira de nuestro plan	28
D4. Proveedores fuera de la red	29
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	30
F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)	30
G. Cómo acceder a los Servicios Dirigidos al Consumidor	30
G1. Los Servicios Dirigidos al Consumidor (CDS) permiten a las personas contratar y gestionar a quienes prestan sus servicios.	30
G2. Quién puede recibir atención autodirigida (por ejemplo, si se limita a poblaciones con exenciones)	30
H. Servicios de transporte médico no urgente (NEMT)	30
H1. Qué son los servicios de NEMT	31
H2. Qué servicios se incluyen	31
H3. Cómo programar los servicios de NEMT	31
I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, en situaciones urgentemente necesarias o durante un desastre	32
I1. Atención en una emergencia médica	32
I2. Atención urgentemente necesaria	33
I3. Atención en caso de un desastre	33
J. Qué sucede si le facturan directamente por servicios cubiertos	33
J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	34
K. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica	34

K1. Definición de un estudio de investigación clínica	34
K2. Pago por los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	35
K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica	35
L. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa de atención no médica	35
L1. Definición de una institución religiosa de atención no médica	35
L2. Atención de una institución religiosa de atención no médica	35
M. Equipos médicos duraderos (DME)	36
M1. DME para miembros de nuestro plan	36
M2. Propiedad de DME si cambia a Medicare Original	36
M3. Beneficios de equipos de oxígeno para miembros de nuestro plan	37
M4. Equipos de oxígeno al cambiar a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA)	37

A. Información sobre servicios y proveedores

Los servicios incluyen atención médica, servicios y apoyos a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos con receta y de venta libre, equipos y otros servicios. **Los servicios cubiertos** son cualquiera de estos servicios que nuestro plan paga. La atención médica, la salud conductual y los LTSS cubiertos están en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta y de venta libre están en el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.

Los proveedores son médicos, personal de enfermería y otras personas que prestan servicios y atención y están autorizados por el estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención domiciliaria, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipos médicos y ciertos LTSS.

Los proveedores dentro de la red son aquellos que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago y el importe de su costo compartido como pago completo. Acordamos con estos proveedores la prestación de servicios cubiertos para usted. Los proveedores dentro de la red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando utiliza un proveedor dentro de la red, usted solo paga su parte del costo por los servicios.

B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y STAR+PLUS. Esto incluye salud conductual y LTSS.

Por lo general, nuestro plan pagará los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS que reciba cuando siga nuestras normas. Para que nuestro plan los cubra:

- La atención que reciba debe estar incluida en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.
- La atención debe ser médicamente necesaria. Por **médicamente necesaria** entendemos que debe recibir servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los servicios médicos, debe contar con un **proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)** dentro de la red que le preste y supervise su atención. Al pertenecer a nuestro plan, debe elegir un proveedor dentro de la red como su PCP (consulte la **Sección D1** para obtener más información).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle la aprobación antes de que pueda acudir a un proveedor que no sea su PCP o consultar a otros proveedores dentro de la red de nuestro plan. A esto se le conoce como **derivación**. Si no obtiene la aprobación, puede que no cubramos los servicios.
 - No necesita derivaciones de su PCP para la atención de emergencia, la atención urgentemente necesaria o para acudir a un proveedor de salud de la mujer. Puede recibir otros tipos de atención sin necesidad de una derivación de su PCP (consulte la **Sección D1** para obtener más información).
- **Debe recibir la atención de proveedores dentro de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubriremos la atención de un proveedor que no trabaje con nuestro plan de salud. Esto significa que deberá pagarle al proveedor la totalidad del costo por los servicios que reciba. Estos son algunos casos en los que esta norma no se aplica:
 - Si necesita atención de emergencia o urgentemente necesaria de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I**).
 - Si necesita atención que cubre nuestro plan y nuestros proveedores dentro de la red no pueden proporcionársela, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red (se requiere autorización previa). En este caso, cubrimos la atención como si la hubiera recibido de un proveedor dentro de la red. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4**.

- Si requiere servicios de diálisis renal cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan por un periodo breve, o cuando su proveedor no esté disponible de forma temporal o no resulte accesible, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.

C. Coordinador de servicios

Su equipo de atención incluye un coordinador de servicios que también puede llamarse coordinador de atención, junto con una persona de su elección (como un familiar o cuidadores), los proveedores y, lo más importante, ¡usted! Los coordinadores de servicios se utilizan para garantizar que reciba el mejor resultado de la atención. El coordinador de servicios le hará preguntas sobre su atención médica actual para garantizar que comprenda sus necesidades de atención médica. Esto garantizará que reciba la coordinación de atención adecuada. La coordinación de servicios es la forma en la que el equipo de atención trabaja con usted, su familia y sus proveedores para garantizar que todas sus necesidades estén coordinadas. Nuestros coordinadores de servicios proporcionan tanto a usted como a sus proveedores información para asegurarse de que reciba el tratamiento más adecuado.

C1. Qué es un coordinador de servicios

El coordinador de servicios, también conocido como coordinador de atención, le ayuda a gestionar todos sus proveedores y servicios. Esta persona trabaja con su equipo de atención y la Gestión de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Gestión de atención es un programa que ayuda a coordinar la atención para nuestros miembros.

C2. Cómo puede comunicarse con el coordinador de servicios

Puede comunicarse con el coordinador de servicios llamando a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

C3. Cómo puede cambiar al coordinador de servicios

Si quiere cambiar al coordinador de servicios, puede hacer esta solicitud llamando a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

D. Atención de los proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un PCP que proporcione y gestione su atención médica.

Definición de un PCP y qué hace un PCP por usted

¿Qué es un PCP?

Un proveedor de atención primaria también se conoce como PCP. Un PCP es un médico dentro de la red de su elección que le ofrece los servicios cubiertos.

¿Qué tipo de proveedores pueden ser PCP?

Los tipos de proveedores que generalmente son PCP incluyen:

- Medicina general
- Medicina familiar
- Medicina Interna
- Obstetricia y ginecología (si el proveedor acordó prestar servicios como PCP y está designado por el plan como tal)

¿Cuál es el papel de mi PCP?

La relación con su PCP es importante, ya que este profesional se encarga de sus necesidades de atención médica de rutina, coordina todos los servicios cubiertos, mantiene su registro médico y garantiza la continuidad de la atención. Si requiere una cita con un especialista de la red u otro proveedor dentro de la red que no sea su PCP, debe hablar con su PCP.

Su elección de PCP

Puede elegir cualquier PCP de la red que aparezca en el Directorio de proveedores y farmacias. Revise nuestro Directorio de proveedores y farmacias o llame a Servicios para Miembros para elegir a su PCP. Puede comunicarse con Servicios para Miembros llamando al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Opción para cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y tenga que buscar otro. Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios para Miembros. Si el PCP acepta miembros adicionales, el cambio de PCP entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro de Community First Health Plans que refleje este cambio.

Puede obtener servicios sin la aprobación de su PCP

Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de mama), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor dentro de la red.

- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores dentro 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 que no constituyen una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si, debido a su tiempo, lugar y circunstancias, no resulta razonable obtener este servicio de proveedores dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o las exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar diálisis de mantenimiento mientras esté fuera. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la portada de este documento).
- Suministros para la diabetes y zapatos o plantillas terapéuticas de un proveedor dentro de la red.
- Servicios quiroprácticos, siempre que los reciba de un proveedor dentro de la red.
- Visitas a un especialista dentro de la red, siempre que las reciba de un proveedor dentro de la red.
- Servicios de salud mental o psiquiátricos, siempre que los reciba de un proveedor dentro de la red.

- Servicios de podología, siempre que los reciba de un proveedor dentro de la red.
- Servicios del programa de tratamiento para la adicción a opioides de un proveedor dentro de la red.
- Servicios ambulatorios para el tratamiento del abuso de sustancias prestados por un proveedor dentro de la red.
- Servicios ambulatorios de transfusión de sangre prestados por un proveedor dentro de la red.
- Su examen anual de salud de un proveedor dentro de la red.
- Beneficios complementarios cubiertos, que incluyen nuestros programas de salud y acondicionamiento físico.
- Servicios preventivos y educativos cubiertos por Medicare.
- Servicios dentales preventivos e integrales de un proveedor dentro de la red.
- Exámenes de la vista y anteojos de un proveedor dentro de la red.
- Exámenes de audición y audífonos de un proveedor dentro de la red.

D2. Atención de especialistas y otros proveedores dentro de la red

Un especialista es un médico que presta atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas, tales como los siguientes:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Para algunos servicios y artículos se deberá obtener nuestra aprobación por adelantado (esto se conoce como "autorización previa"). La autorización previa es un proceso de aprobación que ocurre antes de que reciba determinados servicios. Si el servicio que necesita requiere autorización previa, su PCP u otro proveedor dentro de la red solicitará la autorización a nuestro plan. Profesionales de la salud calificados y con la licencia correspondiente supervisan el proceso de autorización previa y todas las decisiones de aprobación. Hable con su PCP sobre sus necesidades de atención médica para obtener una recomendación para consultar a un especialista que atienda sus necesidades de atención. No es necesario una derivación para ver a un especialista. Sin embargo, en algunos casos, usted, su representante o su PCP o proveedor deberán obtener una autorización previa del plan. Consulte la **Sección D** del **Capítulo 4** para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

D3. Cuando un proveedor se retira de nuestro plan

Un proveedor dentro de la red que utilice puede dejar nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor se retira de nuestro plan para que tenga tiempo de elegir otro.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si consultó a dicho proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si tiene asignado a dicho proveedor, si recibe atención de este actualmente o si lo consultó en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que continúe gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si actualmente recibe tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar con los tratamientos o terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.

- Le proporcionaremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado dentro de la red que sea accesible para usted, debemos coordinar que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Excepto para la atención de emergencia o urgentemente necesaria, deberá recibir una autorización previa de nuestra parte antes de obtener atención de un proveedor fuera de la red para que los servicios estén cubiertos.
- Si se entera de que uno de sus proveedores abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para gestionar su atención.
- Si recibe tratamiento médicamente necesario de un proveedor que abandona nuestra red, es posible que pueda seguir recibiendo servicios de este proveedor si los servicios están autorizados previamente y el proveedor acepta continuar atendiéndole. Durante este periodo de continuidad de atención, coordinaremos con usted la transición de la atención a un proveedor dentro de la red adecuado cuando haya uno disponible para ofrecer el mismo tipo de servicios. Comuníquese con el coordinador de servicios o Servicios para Miembros llamando al 1-833-434-2347 para recibir asistencia.
- Si considera que no reemplazamos a su proveedor anterior por uno calificado o que no estamos gestionando su atención de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), una reclamación por calidad de atención, o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que deberá pagarle al proveedor la totalidad del costo de los servicios que reciba.

Hay 3 excepciones:

- Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios que reciba de un proveedor fuera de la red.
- Si requiere atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que presten esta atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que paga normalmente dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor dentro de la red.
- Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o bien cuando su proveedor para este servicio esté temporalmente inaccesible o no disponible. El costo compartido que paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para la diálisis no está disponible temporalmente y usted decide recibir los servicios dentro del área de servicio de parte de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido por la diálisis puede ser mayor. Si utiliza un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare o STAR+PLUS.
- No podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o STAR+PLUS.
- Si utiliza un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben informarle si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Los servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) ayudan a cubrir las necesidades diarias de asistencia y a mejorar la calidad de vida. Los LTSS pueden incluir servicios de asistencia personal, servicios de enfermería, ayudas adaptativas, modificaciones en el hogar, servicios en centros de enfermería y servicios de exención de Servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS) de STAR+PLUS para miembros elegibles. La mayoría de estos servicios se prestan en el hogar o en la comunidad, pero también pueden prestarse en un hogar de ancianos o un hospital. No necesita una derivación médica para estos servicios.

F. Servicios de salud conductual (salud mental y trastornos por consumo de sustancias)

Los servicios de salud conductual están disponibles para todos los miembros. No necesita una derivación de su PCP para acceder a servicios de salud conductual. Ciertos servicios de salud conductual pueden requerir autorización previa. Para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa, consulte la Tabla de beneficios que comienza en la **Sección D** del **Capítulo 4** de este manual. Para obtener otros servicios de salud conductual, comuníquese con el coordinador de servicios o con su PCP.

G. Cómo acceder a los Servicios Dirigidos al Consumidor

G1. Los Servicios Dirigidos al Consumidor (CDS) permiten a las personas contratar y gestionar a quienes prestan sus servicios.

Los Servicios Dirigidos al Consumidor están disponibles tanto para miembros sin exención como con exención que tengan interés en los Servicios Dirigidos al Consumidor (Consumer Directed Services, CDS). Puede trabajar con el coordinador de servicios para determinar un plan. No todos los servicios son elegibles para los CDS. En el modelo de opción dirigida al consumidor, usted o su representante legalmente autorizado (Legally Authorized Representative, LAR) son el empleador y tienen control sobre la contratación, la gestión y el despido de la persona que presta Servicios de asistencia personal (Personal Assistant Services, PAS), servicios de respiro en el hogar o fuera de él, enfermería, fisioterapia (Physical Therapy, PT), terapia ocupacional (Occupational Therapy, OT) o terapia del habla y del lenguaje (Speech and Language Therapy, SLT). Deberá elegir una Agencia de Servicios de Gestión Financiera (Financial Management Service Agency, FMSA) que le ayude con las funciones administrativas relacionadas con el empleador, como la nómina, el personal sustituto (de respaldo) y la presentación de informes fiscales. El coordinador de servicios puede responder preguntas sobre los CDS o ayudarle a coordinar los servicios.

G2. Quién puede recibir atención autodirigida (por ejemplo, si se limita a poblaciones con exenciones)

Puede visitar la página web de los CDS en hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/consumer-directed-services-cds. Aquí puede leer más sobre la opción de CDS. También puede ver una lista de agencias de servicios dirigidos al consumidor. Puede comunicarse con ellos para saber más sobre la opción de CDS y cómo funciona.

H. Servicios de transporte médico no urgente (NEMT)

Usted debe:

- Utilizar los proveedores de transporte contratados por Community First Health Plans.
- Ir y volver de las visitas a los proveedores e instalaciones dentro de la red de este plan dentro del área de servicio.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CommunityFirstMedicare.com.

H1. Qué son los servicios de NEMT

Los servicios de transporte médico no urgente (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) proporcionan transporte a citas médicas no urgentes si no tiene otras opciones de transporte.

- Estos viajes incluyen traslados al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares donde recibe servicios de atención médica.
- Estos viajes **no** incluyen traslados en ambulancia.

H2. Qué servicios se incluyen

Los servicios de NEMT incluyen:

- Pases o boletos de transporte, como transporte público dentro de ciudades o estados y entre estos (incluidos el tren o el autobús).
- Servicios de transporte en aerolíneas comerciales.
- Servicios de transporte a petición (de acera a acera) en autobuses, camionetas o automóviles privados (que incluye vehículos accesibles para sillas de ruedas, si es necesario).
- Reembolso de kilometraje para un participante de transporte individual (Individual Transportation Participant, ITP) por un viaje verificado y realizado a un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una persona responsable, un familiar, una amistad o una persona vecina.
- Costos de transporte para su acompañante de NEMT si usted necesita que viaje con usted a su cita. Un acompañante de NEMT es:
 - Una persona adulta que le brinde la asistencia de movilidad, personal o lingüística necesaria durante el transporte. (Por ejemplo, esto puede incluir a una persona adulta que actúe como su acompañante personal).
 - Un animal de servicio que le brinde la asistencia de movilidad o personal necesaria durante el transporte y que ocupe un asiento que, de lo contrario, ocuparía otra persona.
 - Una persona adulta que viaje con usted debido a que un proveedor de atención médica declaró por escrito que usted requiere un acompañante.

H3. Cómo programar los servicios de NEMT

Recuerde programar los viajes lo antes posible y **al menos dos días hábiles antes de que necesite el viaje**. Puede programar viajes con menos antelación en ciertos casos, incluidos los siguientes:

- Recogida después de un alta hospitalaria.
- Visitas a la farmacia para la obtención de medicamentos o suministros médicos aprobados.
- Viajes por afecciones urgentes. (Una afección urgente es un estado de salud que no constituye una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o dolorosa como para requerir tratamiento en un plazo de 24 horas).

Programe los viajes de larga distancia con al menos cinco días de antelación.

Si tiene un traslado programado y su cita médica se cancela **antes** del viaje, comuníquese inmediatamente con el 1-855-932-2335 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. Descargue la aplicación móvil MySafeRide o visite communityfirst.member.saferidehealth.com/login para reservar su viaje. Para solicitar asistencia fuera de horario o los fines de semana, llame al 1-855-932-2335, de lunes a sábado, de 4:00 a. m. a 8:00 p. m.

I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, en situaciones urgentemente necesarias o durante un desastre

II. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una afección médica con síntomas como enfermedad, dolor intenso, lesión grave o una afección médica que empeora rápidamente. Se trata de una afección tan grave que, sin atención médica inmediata, es de esperar que usted (o cualquier persona con conocimientos básicos de salud) sufra alguna de las siguientes consecuencias:

- riesgo grave para su vida y, si está embarazada, la pérdida de un hijo no nacido; **o**
- pérdida o daño grave a funciones corporales; **o**
- pérdida de un miembro o función de un miembro; **o**
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - no hay tiempo suficiente para trasladarse de forma segura a otro hospital antes del parto.
 - un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su hijo no nacido.

Si tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o vaya a la sala de urgencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita aprobación ni derivación de su PCP. **No** necesita usar un proveedor dentro de la red. **Puede** obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de EE. UU., sus territorios o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Avísenos lo antes posible sobre su emergencia.** Damos seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general en un plazo de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar por los servicios de emergencia aunque se demore en avisarnos. Para obtener más información, llame al número de teléfono que aparece en el dorso de su tarjeta de identificación.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a urgencias de cualquier otra forma pueda poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

Los proveedores a cargo de su atención de emergencia determinan cuándo se estabiliza su estado y concluye la emergencia médica. Seguirán atendiéndole y se pondrán en contacto con nosotros para coordinar un plan si necesita atención de seguimiento para su recuperación.

Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, intentaremos que los proveedores dentro de la red se encarguen de su atención lo antes posible.

Recibir atención de urgencias si no era una emergencia

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que acuda para recibir atención de emergencia y que el médico determine que no se trataba realmente de una emergencia. Mientras usted haya considerado razonablemente que su salud corría grave peligro, cubrimos la atención.

Sin embargo, después de que el médico indique que no se trató de una emergencia, cubriremos la atención adicional solo si:

- utiliza un proveedor dentro de la red; **o**
- la atención adicional que recibe se considera “atención urgentemente necesaria” y sigue las normas para recibirla. Consulte la siguiente sección.

12. Atención urgentemente necesaria

La atención urgentemente necesaria es la que se recibe en una situación que no es una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Por ejemplo, podría presentar un brote de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención urgentemente necesaria en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención urgentemente necesaria solo si:

- recibe esta atención de un proveedor dentro de la red; y
- sigue las normas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable acudir a un proveedor de la red, dado su tiempo, lugar o circunstancias, cubrimos la atención urgentemente necesaria que reciba de un proveedor fuera de la red.

Cuando los proveedores dentro de la red no estén disponibles o sean inaccesibles de forma temporal, puede llamar a la Línea de Asesoramiento de Enfermería las 24 horas al (800) 434-2347, los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al número local 210-227-2347, o bien se puede acceder a la atención urgente utilizando cualquier centro de atención urgente disponible dentro de la red.

Atención urgentemente necesaria fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, es posible que no pueda recibir atención de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención urgentemente necesaria que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas rutinarias al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible de forma temporal.

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

13. Atención en caso de un desastre

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

Visite nuestra página web para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre declarado:

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir atención de proveedores fuera de la red a la tarifa de costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia dentro de la red durante un desastre declarado, puede surtir los medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información.

J. Qué sucede si le facturan directamente por servicios cubiertos

Por lo general, los miembros no deberían pagar directamente a los proveedores por servicios cubiertos por STAR+PLUS. Si un miembro decide obtener servicios sin cumplir con los requisitos del plan, puede que no esté disponible el reembolso. Community First puede pagar directamente a los proveedores y puede no reembolsar a los miembros por servicios cubiertos por STAR+PLUS salvo que lo requiera la ley.

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* para saber qué hacer.

No debe pagar la factura de su bolsillo. Si lo hace, puede que no podamos devolverle el dinero.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

J1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determinen médicamente necesarios; **y**
- que se enumeran en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*); **y**
- que se obtienen siguiendo las normas del plan.

Si recibe servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total**.

Si quiere saber si pagamos algún servicio o atención médica, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si decimos que no pagaremos por los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

En el Capítulo 9 de este *Manual del miembro* se explica qué hacer si quiere que cubramos un servicio o artículo médico. También se indica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicios para Miembros para saber más sobre los derechos de apelación.

Pagamos por algunos servicios hasta un cierto límite. Si supera el límite, paga el costo total para obtener más servicios de ese tipo. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame a Servicios para Miembros para saber cuáles son los límites de los beneficios y cuánto utilizó.

K. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. Un estudio clínico aprobado por Medicare suele solicitar voluntarios para participar en el estudio. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir recibiendo el resto de atención médica (atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio clínico aprobado por Medicare, **no** necesita decírnoslo ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le ofrecen atención como parte del estudio **no** necesitan ser proveedores dentro de la red. 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 (National Coverage Determination-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.

Le sugerimos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica cubierto para quienes se inscriben en Medicare Original, le sugerimos que usted o su coordinador de servicios se comuniquen con Servicios para Miembros para informarnos que participará en un ensayo clínico.

K2. Pago por los servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si participa en un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, no paga nada por los servicios cubiertos en el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos en el estudio, así como los costos rutinarios asociados con la atención. Una vez que participe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, la mayor parte de los servicios y artículos que reciba como parte del estudio estará cubierta. Esto incluye:

- alojamiento y comida para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio;
- una operación u otro procedimiento médico que forma parte del estudio de investigación;
- tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo tratamiento.

Si participa en un estudio que Medicare **no** aprobó, usted paga todos los costos por estar en el estudio.

K3. Más información sobre los estudios de investigación clínica

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica leyendo “Estudios de investigación clínica” en la página web de Medicare ([Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies](https://www.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.

L. Cómo se cubren los servicios de atención médica en una institución religiosa de atención no médica

L1. Definición de una institución religiosa de atención no médica

Una institución religiosa de atención no médica es un lugar que ofrece la atención que normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos la atención en una institución religiosa de atención no médica.

Este beneficio es exclusivo para servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios de atención no médica).

L2. Atención de una institución religiosa de atención no médica

Para recibir atención de una institución religiosa de atención no médica, debe firmar un documento legal que indique que está en contra de recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que sea **voluntario y no esté requerido** por ninguna ley federal, de Texas o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención o tratamiento que no sea **voluntario y que sea obligatorio** según la ley federal, de Texas o local.

Para que esté cubierta por 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.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención.

- Si recibe servicios de esta institución en un centro:
 - Debe tener una afección médica que le permita acceder a servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de su ingreso al centro, o su estancia **no** estará cubierta.

Consulte la **Sección D** del **Capítulo 4** para conocer las normas y limitaciones de cobertura de hospitales para pacientes internados y centros de enfermería especializada.

M. Equipos médicos duraderos (DME)

M1. DME para miembros de nuestro plan

Los DME incluyen ciertos artículos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas hospitalarias solicitadas por un profesional para uso en casa, bombas de infusión intravenosa (i.v.), dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Ciertos artículos de DME, como las prótesis, son de su propiedad desde el principio.

Debe alquilar otros tipos de DME. Como persona afiliada a nuestro plan, **no** será propietaria de los artículos de DME alquilados, sin importar cuánto tiempo los alquile.

En algunas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Incluso si tuvo DME hasta 12 meses seguidos a través de Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** tendrá la propiedad del equipo.

M2. Propiedad de DME si cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pasan a ser propietarias de este después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer la cantidad de meses que se deben alquilar ciertos tipos de DME antes de adquirir la propiedad.

Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos con Medicare Original, o bien la cantidad de pagos sucesivos que establezca el plan MA, para adquirir la propiedad del artículo de DME si:

- no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud del programa Medicare Original o de un plan MA.

Si realizó pagos por el artículo de DME con Medicare Original o un plan MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos del Medicare Original o del plan MA no cuentan para los pagos que deba hacer tras dejar nuestro plan.**

- Tendrá que hacer 13 pagos nuevos consecutivos con Medicare Original, o bien la cantidad de pagos nuevos sucesivos que establezca el plan MA, para adquirir la propiedad del artículo de DME.
- No hay excepciones a esto cuando vuelve a Medicare Original o a un plan MA.

M3. Beneficios de equipos de oxígeno para miembros de nuestro plan

Si reúne los requisitos para recibir equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno debe devolverse cuando ya no sea médicamente necesario para usted o si abandona nuestro plan.

M4. Equipos de oxígeno al cambiar a Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **abandona nuestro plan y cambia a Medicare Original**, lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Los pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno, así como los suministros y servicios mencionados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionar lo siguiente:

- equipo, suministros y servicios de oxígeno durante otros 24 meses;
- equipo y suministros de oxígeno hasta cinco años, si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del periodo de cinco años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por adquirir equipo de reemplazo de cualquier proveedor.
- Comienza un nuevo periodo de cinco años.
- Alquila a un proveedor durante 36 meses.
- El proveedor entonces proporciona el equipo, los suministros y los servicios de oxígeno durante otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada cinco años siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **usted deje nuestro plan y cambie a otro plan MA**, el plan cubrirá al menos lo que cubre el Medicare Original. Puede preguntar a su nuevo plan MA qué equipo y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

Capítulo 4 Tabla de beneficios

Introducción

En este capítulo se explican los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones o los límites de dichos servicios. También se informa sobre los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Índice

Para guiarse para encontrar información, consulte la siguiente lista detallada de temas.

Capítulo 4 Tabla de beneficios	38
A. Sus servicios cubiertos	39
B. Normas contra los proveedores que le cobran por los servicios	39
C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan	39
D. Tabla de beneficios de nuestro plan	42
D1. Nuestros Servicios domiciliarios y comunitarios	68
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	73
E1. Cuidados paliativos	73
E2. Evaluación previa a la admisión y revisión de residentes (PASRR)	74
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare, STAR+PLUS o Medicaid por pago por servicio	74

A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo se explican los servicios que cubre el plan. También puede informarse sobre servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de los medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*. En este capítulo también se explican los límites de algunos servicios.

Como recibe asistencia de STAR+PLUS, no paga por los servicios cubiertos siempre que siga las normas de nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para obtener detalles sobre las normas de nuestro plan.

Si necesita ayuda para entender qué servicios están cubiertos, llame a Servicios para Miembros de Community First al 1-833-434-2347 (TTY 711; 24 horas al día, 7 días de la semana), los 7 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. Para obtener más información, visite CommunityFirstMedicare.com.

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

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por servicios cubiertos dentro de la red. Pagamos directamente a nuestros proveedores y se le protege de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si recibe una, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro* o llame a Servicios para Miembros.

C. Acerca de la Tabla de beneficios de nuestro plan

En la Tabla de beneficios se indican los servicios que paga nuestro plan. Se enumeran los servicios cubiertos en orden alfabético y se explican.

Pagamos por los servicios listados en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las normas. No paga por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios siempre que se cumplan los requisitos descritos a continuación.

- Ofrecemos servicios cubiertos por Medicare y STAR+PLUS según las normas establecidas por Medicare y STAR+PLUS.
- Los servicios (*que incluyen atención médica, salud conductual y servicios de consumo de sustancias, Servicios y apoyos a largo plazo [LTSS], Servicios domiciliarios y comunitarios [HCBS], servicios de asistencia personal, servicios de centros de enfermería, coordinación de servicios, transporte médico no urgente, suministros, equipos, ayudas adaptativas y medicamentos*) deben ser "medicamento necesarios". Medicamento necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener el estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para las personas recién afiliadas, durante los primeros 90 días, puede que no se exija la aprobación previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe la atención de un proveedor dentro de la red. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no estará cubierta salvo que sea una emergencia o una atención urgentemente necesaria, o a menos que nuestro plan o un proveedor dentro de la red le haya dado una derivación. Esto significa que paga al proveedor en su totalidad por los servicios fuera de la red que recibe. **En el Capítulo 3** de este *Manual del miembro* hay más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.

- Cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que proporciona y gestiona la atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle la aprobación antes de que pueda usar un proveedor que no sea su PCP o utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan. A esto se le conoce como derivación. **En el Capítulo 3** de este *Manual del miembro* hay más información sobre cómo obtener una derivación y cuándo **no** la necesita.
- Si es una persona recién afiliada y recibe un tratamiento actual de un proveedor que no está en nuestra red, es posible que pueda seguir recibiendo servicios de ese proveedor durante un periodo después de la inscripción, mientras su atención se transfiere a un proveedor de la red. Durante el periodo de continuidad de atención, coordinaremos con usted y su proveedor para ayudar a prevenir interrupciones en los servicios médicamente necesarios. También respetaremos las autorizaciones previas existentes de su anterior plan de salud durante el periodo requerido de continuidad de atención. Comuníquese con el coordinador de servicios o Servicios para Miembros para recibir asistencia.
- Cubrimos algunos servicios listados en la Tabla de beneficios solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. A esto se le conoce como autorización previa (Prior Authorization, PA). En la Tabla de beneficios marcamos los servicios cubiertos que requieren PA en negrita.
- Si nuestro plan aprueba una solicitud de PA para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención basadas en los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre el Medicare Original. (Para saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y usted 2027*. Puede consultarlo línea en www.Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Si Medicare incorpora cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Como todos los planes de salud STAR+PLUS, cubrimos todo lo que cubre STAR+PLUS. Si STAR+PLUS o Medicaid de Texas incorporan cobertura para cualquier nuevo servicio durante 2027, nuestro plan o Medicaid de Texas cubrirán esos servicios.

Si pierde su cobertura de STAR+PLUS dentro del periodo de seis meses de elegibilidad considerada continua, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, la cobertura de STAR+PLUS puede terminar antes que la cobertura de Medicare con nosotros. Cuando termine la cobertura de STAR+PLUS, no pagaremos los beneficios STAR+PLUS. Le ayudaremos a recuperar la elegibilidad para STAR+PLUS. Si recupera su elegibilidad para STAR+PLUS mientras su inscripción está activa con nosotros para la cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de los beneficios STAR+PLUS y su inscripción con nosotros continuará. Si no puede recuperar STAR+PLUS en seis meses, le daremos de baja de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP). Si recupera la elegibilidad para STAR+PLUS después de que se le dé de baja, tendrá que comunicarse con nosotros para volver a inscribirse en Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).

Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas enfermedades crónicas.

- Si tiene alguna de las enfermedades crónicas que se enumeran a continuación y cumple ciertos criterios, podría ser elegible para beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas:
 - Hipertensión
 - Diabetes
 - Salud mental
- Ciertos beneficios suplementarios están disponibles solo para los miembros que cumplen los requisitos como personas con enfermedades crónicas y que cumplen los requisitos de elegibilidad establecidos por Medicare. Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) determinará la elegibilidad en función de

la información de la evaluación de riesgos para la salud (HRA), sus registros médicos, datos de reclamos, documentación del proveedor y otra información disponible para el plan. La elegibilidad se determina utilizando criterios aprobados por los CMS y puede variar según el beneficio. Si reúne los requisitos para un beneficio suplementario especial para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI), le notificaremos y le explicaremos cómo acceder a este. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para los beneficios SSBCI, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-833-434-2347 (TTY 711) o visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). Para conocer más detalles, consulte la sección de Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas en la Tabla de beneficios que aparece a continuación.

- Comuníquese con nosotros para saber exactamente a qué beneficios podría tener derecho.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana 🍏 señala los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

Además de los servicios preventivos cubiertos por Medicare, STAR+PLUS también cubre ciertos servicios preventivos, que incluyen inmunizaciones, educación en salud y bienestar, y otros servicios preventivos cubiertos por Medicaid de Texas, sin costo alguno para usted.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

Servicio cubierto	Lo que paga
 Examen de aneurisma abdominal aórtico Pagamos una ecografía única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen de detección si tiene 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).	\$0
 Examen de detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol Pagamos un solo examen de detección de consumo indebido de alcohol para personas adultas que consumen alcohol de forma indebida, pero que no son dependientes del alcohol. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si el resultado del examen de detección de consumo indebido de alcohol es positivo, usted puede recibir hasta cuatro sesiones breves presenciales de asesoramiento al año (siempre que sea capaz y esté alerta durante la sesión) con un proveedor de atención primaria (PCP) o profesional calificado en un entorno de atención primaria.	\$0
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen transporte terrestre y aéreo (avión y helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de acceder a un centro de atención puedan poner en riesgo su salud o su vida. Los servicios de ambulancia para otros casos (no urgentes) requieren nuestra aprobación. En casos que no son emergencias, podemos pagar una ambulancia. Su afección debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de acceder a un centro de atención puedan poner en riesgo su vida o su salud.	\$0 El transporte de emergencia está cubierto cuando es médicamente necesario para el tratamiento de una afección médica de emergencia. No se requiere autorización previa para los servicios de emergencia.
 Visita anual de bienestar Puede programar una revisión anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en los factores de riesgo actuales. Se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses siguientes a la visita de bienvenida a Medicare . Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita de bienvenida a Medicare para obtener visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de salud conductual El plan cubrirá los servicios siguientes: - Gestión de casos dirigida a la salud mental - Servicios de rehabilitación en salud mental - Atención ambulatoria de salud mental Pagamos los servicios de salud conductual proporcionados por: - un psiquiatra o médico con certificación estatal - un psicólogo clínico - un especialista en trabajo social clínico (Clinical Social Worker, CSW) - un especialista en enfermería clínica (CNS) - un consejero profesional licenciado (Licensed Professional Counselor, LPC) - un terapeuta matrimonial y familiar titulado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) - personal de enfermería de práctica avanzada (NP) - un asistente médico (PA) - cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables	\$0
 Medición de masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para miembros que cumplen los requisitos (normalmente, personas en riesgo de perder masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan pérdida ósea o determinan la calidad ósea. Pagamos por los servicios una vez cada 24 meses, o más a menudo si es médicamente necesario. También cubrimos la revisión y los comentarios de un médico sobre los resultados.	\$0
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Pagamos por los siguientes servicios: - una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años - una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años o más - un examen clínico de mama una vez cada 24 meses	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de rehabilitación cardíaca Pagamos servicios de rehabilitación cardíaca, como ejercicio, educación y asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una orden médica. Cubrimos estos programas integrales si tuvo al menos una de estas condiciones: • Infarto en los últimos 12 meses • Cirugía de revascularización coronaria (bypass) • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvulas cardíacas • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o colocación de stent coronario (un procedimiento para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede acceder a hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener dos sesiones al día (cada una de una hora), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si cumple los requisitos, es posible que obtenga 36 sesiones adicionales que se puedan repartir en un periodo más largo.	\$0
 Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (cardíacas) (terapia para enfermedades cardíacas) Pagamos una visita al año, o más si es médicamente necesario, con su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardíacas. Durante la visita, el médico puede: • hablar sobre el uso de aspirinas; • tomarle la tensión arterial;  • darle consejos para asegurarse de que coma bien.	\$0
 Pruebas de exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares (cardíacas) Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares cada cinco años (60 meses). En estos análisis de sangre también se detectan defectos debidos al alto riesgo de enfermedades cardíacas.	\$0
 Examen de detección de cáncer cervical y vaginal Pagamos por los siguientes servicios: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para mujeres con alto riesgo de cáncer cervical o vaginal: una prueba de Papanicolaou una vez cada 12 meses • para mujeres que se hayan sometido a una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y que están en edad fértil: una prueba cada 12 meses.	\$0
Servicios quiroprácticos Pagamos por los siguientes servicios: • ajustes de la columna para corregir la alineación.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
 Examen de detección de cáncer colorrectal • Pagamos por los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (diez años) para pacientes no de alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que sin alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo tras una colonoscopia previa de detección. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal se cubre cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última tomografía computarizada de detección, o cuando hayan transcurrido 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar por una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada tras haber transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen alto riesgo tras una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Examen de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen con criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Pruebas de biomarcadores basadas en sangre para pacientes de entre 45 y 85 años que no cumplen con criterios de alto riesgo. Una vez cada tres años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento tras una prueba de detección de heces no invasiva cubierta por Medicare que arroja un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección planificadas que impliquen la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado junto con la prueba de detección, como resultado de esta y en el mismo encuentro clínico.	\$0

Servicios dentales

Ciertos servicios dentales, que incluyen limpiezas, empastes y dentaduras postizas, están disponibles a través del Programa dental de Medicaid de Texas.

Pagamos por algunos servicios dentales cuando estos son una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, extracciones dentales realizadas en preparación para el tratamiento de radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula, o exámenes orales antes del trasplante de órganos.

No hay copagos ni deducibles para los servicios dentales en este plan. El plan cuenta con un límite combinado de \$2,500 para servicios integrales y preventivos.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Examen de detección de la depresión Pagamos un examen de detección de la depresión cada año. El examen de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento o derivaciones.	\$0
 Examen de detección de la diabetes Pagamos por este examen de detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • Hipertensión arterial • Antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Antecedentes de glucosa alta en sangre Las pruebas pueden estar cubiertas en otros casos, como si tiene sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Podrá optar a hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses a partir de la fecha.	\$0
 Capacitación en autogestión de la diabetes, servicios y suministros para personas con diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas con diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para monitorizar la glucosa en sangre, incluidos los siguientes: • un monitor de glucosa en sangre • tiras de prueba de glucosa en sangre • dispositivos de lancetas y lancetas • soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de tiras reactivas y monitores • Para las personas con diabetes que padecen enfermedad diabética grave del pie, pagamos lo siguiente: • un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (con plantillas incluidas), que incluyen la prueba, y dos pares adicionales de plantillas cada año natural; o • un par de zapatos de calce profundo, que incluyen la adaptación, y tres pares de plantillas cada año (sin contar las plantillas extraíbles no personalizadas que se proporcionan con estos zapatos). • En algunos casos, pagamos por la capacitación para ayudarle a gestionar la diabetes. Para obtener más información, comuníquese con el coordinador de servicios o con Servicios para Miembros.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual del miembro</i> para conocer la definición de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchones motorizados • suministros para personas diabéticas • audífonos (con exámenes auditivos regulares y exámenes para adaptar audífonos incluidos) • camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar • bombas de infusión intravenosa (i.v.) y soporte vertical • suministros para incontinencia • dispositivos generadores de voz • equipos y suministros de oxígeno • nebulizadores • andadores • bastón de mango curvo estándar o bastón cuádruple y suministros de repuesto • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo de atención de diálisis Otros artículos pueden estar incluidos. Cubrimos todo el equipo médico duradero (DME) médicamente necesario que Medicare y Medicaid suelen cubrir. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted.	Copago de \$0 El proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.
Atención de emergencia Atención de emergencia significa servicios que son: • proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia; • necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. Se trata de un afección tan grave que, sin atención médica inmediata, es de esperar que cualquier persona con conocimientos básicos de salud sufra alguna de las siguientes consecuencias: • riesgo grave para su vida o la de su hijo no nacido; • daño grave a las funciones corporales; o • pérdida de un miembro, o pérdida de función de un miembro; • en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: • no hay tiempo suficiente para trasladarse de forma segura a otro hospital antes del parto. • un traslado a otro hospital puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su hijo no nacido. Esta cobertura solo se ofrece dentro de los EE. UU. cuando sea necesario.	\$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención de internación después de estabilizar la emergencia, debe trasladarse a un hospital dentro de la red para que la atención continúe cubierta. Solo puede quedarse en el hospital fuera de la red para la atención hospitalaria si nuestro plan aprueba su estancia.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea dentro o fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto incluye cualquier médico, clínica, hospital, farmacia u oficina de planificación familiar. Cubrimos los siguientes servicios: - Examen de planificación familiar y tratamiento médico - Laboratorio de planificación familiar y pruebas diagnósticas - Métodos de planificación familiar (DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo) - Suministros de planificación familiar con receta (preservativo, esponja, espuma, película, diafragma, capuchón cervical) - Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad y servicios relacionados - Asesoramiento, pruebas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual (ITS) - Asesoramiento y pruebas de VIH y SIDA, y otras afecciones relacionadas con el VIH - Anticonceptivos permanentes (debe ser mayor de 21 años para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía). - Asesoramiento genético También pagamos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, debe utilizar un proveedor de nuestra red para los siguientes servicios: - Tratamiento para enfermedades de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales de quedar embarazada) - Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH - Pruebas genéticas	\$0
 Programas de educación sobre salud y bienestar Silver Sneakers es un programa de acondicionamiento físico que ofrece clases en línea, videos bajo demanda, clases comunitarias FLEX y mucho más. Este programa ofrece actividades de acondicionamiento físico, nutrición y promoción de un estilo de vida más saludable. Servicios auditivos Pagamos las pruebas de audición y equilibrio que realiza su proveedor. Estas pruebas le indican si necesita tratamiento médico. Están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro profesional calificado. - Exámenes de audición rutinarios - Ajuste/evaluación de audífonos - Audífonos	\$0 Copago de \$0 (1 al año) Copago de \$0 (1 al año) Copago de \$0 (límite de beneficios de \$2,500 por año)

Servicio cubierto	Lo que paga
Ayuda con ciertas enfermedades crónicas Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Si cumple los requisitos para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI), nuestro plan ofrece beneficios adicionales. Debe cumplir ciertos criterios, entre ellos contar con un diagnóstico documentado y activo de una o más afecciones que cumplan los requisitos.	
 Examen de detección del VIH Pagamos un examen de detección del VIH cada 12 meses para personas que: • solicitan una prueba de detección del VIH, o • tienen un mayor riesgo de contraer una infección por VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.	\$0
Atención de salud domiciliaria Antes de poder acceder a los servicios de atención domiciliaria, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. Debe permanecer en el hogar, lo que significa que salir de casa requiere un esfuerzo considerable. Pagamos por los siguientes servicios, y quizás por otros servicios que no se mencionen aquí: • Servicios de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente y auxiliares de salud domiciliaria (para estar cubiertos por el beneficio de atención domiciliaria, los servicios combinados de enfermería especializada y auxiliar domiciliario deben sumar menos de ocho horas diarias y 35 horas semanales) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	\$0
Terapia de infusión domiciliaria Nuestro plan cubre la terapia de infusión domiciliaria, definida como medicamentos o sustancias biológicas administradas en una vena o aplicadas bajo la piel y proporcionadas en el hogar. Los siguientes elementos son necesarios para realizar la infusión domiciliaria: • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre servicios de infusión domiciliaria, entre los cuales se incluyen: • servicios profesionales, incluidos los de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de cuidados; • capacitación y educación para miembros que no estén ya incluidas en el beneficio de DME; • monitorización remota; y • servicios de seguimiento para la provisión de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos para infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Cuidados paliativos Tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, entre los cuales se incluyen los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos podrá ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Cuidados de respiro a corto plazo • Atención domiciliaria Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionen con un pronóstico terminal, se facturará a Medicare: • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por dichos servicios y por cualquier servicio de la Parte A o B relacionado con la enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga. Para los servicios cubiertos por nuestro plan, pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: • Nuestro plan cubre servicios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Cubrimos los servicios estén o no relacionados con el pronóstico terminal. No paga nada por estos servicios. Para los medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan: • Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del miembro</i>. Cuando le ingresan en un programa de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan. Nota: Si necesita atención que no sean cuidados paliativos, llame al coordinador de servicios o a Servicios para Miembros para organizar los servicios. Los cuidados no paliativos son aquellos que no están relacionados con el pronóstico terminal. El plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (por única vez) para un miembro con enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original (y no Community First Medicare Advantage D-SNP [HMO]) cubre sus servicios de cuidados paliativos y los servicios de las Partes A y B relacionados con el pronóstico terminal.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Inmunizaciones Pagamos por los siguientes servicios: • vacunas contra la neumonía; • vacunas contra la gripe (influenza), una vez por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario; • vacunas contra la hepatitis B si nunca recibió una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene alguna otra afección que le ponga en un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B; • vacunas contra la COVID-19; • otras vacunas si está en riesgo y cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. Pagamos por otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de la Parte D de Medicare. Consulte el Capítulo 6 de este <i>Manual del miembro</i> para obtener más información.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención hospitalaria para pacientes internado 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 le ingresan formalmente al hospital con orden médica. El día antes de que le den el alta es su último día de hospitalización. Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o coronarias • Medicamentos y fármacos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Dispositivos, como las sillas de ruedas • Servicios de quirófano y sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Servicios de tratamiento hospitalizado por consumo de sustancias • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: corneal, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si es elegible para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si los proveedores locales de trasplantes están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, entonces puede obtener los servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si nuestro plan ofrece servicios de trasplante fuera del patrón de atención de nuestra comunidad y usted elige recibir el trasplante allí, gestionamos o pagamos los gastos de alojamiento y viaje para usted y otra persona. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos compactos comienza solo con el cuarto pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año natural o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren desde la primera pinta. • Servicios médicos Nota: Para ser paciente de internación, su proveedor debe emitir una orden para ingresarle formalmente como paciente hospitalizado. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, es posible que aún le consideren un paciente ambulatorio. Si no tiene la certeza de si es un paciente internado ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i> disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	\$0 Debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir atención hospitalaria en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté estabilizada.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Pagamos servicios de salud mental que requieren hospitalización para miembros menores de 21 años o mayores de 65. No hay límite de días para los servicios.	\$0
Estancia hospitalaria: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estancia hospitalaria no cubierta. No pagamos la estancia hospitalaria si la estancia no es razonable ni médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención hospitalaria no esté cubierta, podemos pagar por los servicios que reciba mientras esté en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Pagamos por los siguientes servicios, y quizá por otros servicios que no se mencionan aquí: • Servicios médicos • Pruebas diagnósticas, como las pruebas de laboratorio • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos, distintos de los dentales, incluida la sustitución o reparación de dichos dispositivos. Estos son dispositivos que sustituyen total o parcialmente: • un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o • la función de un órgano interno inoperativo o disfuncional. • Férulas para la pierna, el brazo, la espalda y el cuello, soportes herniarios, y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdida o un cambio en su estado. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios y suministros para enfermedades renales Pagamos por los siguientes servicios: - Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado renal y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su atención. Debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe derivarle. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales. - Tratamientos de diálisis ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual del miembro</i>, o cuando su proveedor de este servicio esté temporalmente no disponible o inaccesible. - Tratamientos de diálisis con ingreso si se le ingresa como paciente hospitalizado para atención especial. - Capacitación en autodiálisis, que incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en casa. - Equipos y suministros para diálisis en casa. - Ciertos servicios de apoyo en el hogar, como las visitas necesarias de trabajadores de diálisis capacitados para comprobar su diálisis domiciliaria, ayudar en emergencias y revisar su equipo y suministro de agua.	\$0
La Parte B de Medicare cubre algunos medicamentos para la diálisis. Para obtener más información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	
Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) Servicios y apoyos que ayudan a los miembros que necesitan asistencia con las actividades diarias y las necesidades de cuidado continuo. Puede incluir servicios en centros de enfermería, servicios de asistencia personal y otros apoyos cubiertos. Podría requerirse autorización previa.	\$0
 Tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) para la detección de cáncer de pulmón Nuestro plan cubre la detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: - tiene entre 50 y 77 años; y - tiene una consulta de asesoramiento y una visita compartida para la toma de decisiones con su médico u otro proveedor calificado; y - fumó al menos un paquete al día durante 20 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, y actualmente fuma o dejó de fumar en los últimos 15 años.	\$0
Después de la primera prueba, nuestro plan cubre otra prueba de detección cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor decide ofrecer asesoramiento y una visita compartida para la toma de decisiones sobre las pruebas de detección de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	

Servicio cubierto	Lo que paga
 Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo solicite el médico. Pagamos por tres horas de asesoramiento individual durante el primer año en que usted recibe servicios de terapia nutricional médica a través de Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario. A partir de entonces, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento individual cada año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda obtener más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año si usted necesita tratamiento en el próximo año natural. Podemos aprobar servicios adicionales si es médicamente necesario.	\$0
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan cubre los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) para personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudarle a aumentar su comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en: • cambios dietéticos a largo plazo; y • aumento de la actividad física; y • formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • Medicamentos que normalmente no se administra por su cuenta y que se le inyectan o infunden mientras recibe servicios médicos, ambulatorios hospitalarios o en centros de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada mediante un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que toma utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó. • El medicamento para el Alzheimer Leqembi® (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (i.v.). Además del costo de la medicación, es posible que necesite estudios y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento. Hable con su médico sobre qué estudios y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se inyecta por su cuenta si padece hemofilia. • Medicamentos para trasplantes e inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos 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 medicamentos inmunosupresores. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si se le dificulta salir de casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis postmenopáusica y no puede inyectarse el medicamento por su cuenta. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos anticancerígenos orales: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no las cubre, la Parte D sí. • Medicamentos antináuseas orales: Medicare cubre los medicamentos antináuseas orales que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico anticancerígeno si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se usan como sustituto terapéutico completo de un medicamento antináuseas intravenoso. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato bajo el sistema de pago de la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar. • Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y los anestésicos tópicos.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) - Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta). - Inmunoglobulina i.v. para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. - Nutrición parenteral y enteral (alimentación i.v. y por sonda). También cubrimos algunas vacunas a través de la Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para personas adultas a través de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare. En el Capítulo 5 de este <i>Manual del miembro</i> se explica nuestro beneficio de medicamentos. Se explican las normas que debe seguir para que las recetas estén cubiertas. En el Capítulo 6 de este <i>Manual del miembro</i> se explica cuánto paga por los medicamentos a través de nuestro plan.	\$0
Servicios de transporte médico no urgente (NEMT) El plan cubrirá servicios de transporte para citas de atención médica no urgentes si no tiene otras opciones de transporte. - Estos viajes incluyen traslados al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares donde recibe servicios de atención médica. - Estos viajes no incluyen traslados en ambulancia. Los servicios de NEMT incluyen: - Pases o boletos de transporte, como transporte público dentro de ciudades o estados y entre ellos (incluidos el tren o el autobús). - Servicios de transporte aéreo comercial. - Servicios de respuesta a la demanda (de acera a acera) en autobuses, furgonetas o automóviles privados (que incluye vehículos accesibles para sillas de ruedas, si es necesario). - Reembolso de kilometraje para un participante de transporte individual (ITP) por un viaje completado y verificado hacia un servicio de atención médica cubierto. El ITP puede ser usted, una persona responsable, un familiar, una amistad o una persona vecina.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Cuidado en centros de enfermería Un centro de enfermería (Nursing Facility, NF) es un lugar que ofrece atención a personas que no pueden recibir atención en casa, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Terapia respiratoria • Medicamentos que le hayan dado como parte de su plan de atención. (Esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los centros de enfermería • Pruebas de laboratorio que suelen realizar los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen ofrecer los centros de enfermería • Uso de dispositivos médicos, como sillas de ruedas que suelen proporcionar los centros de enfermería • Servicios médicos/profesionales • Equipo médico duradero • Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas • Beneficios de la visión • Exámenes de audición • Atención quiropráctica Servicios de podología Un centro de enfermería (NF) es un lugar que ofrece atención a personas que no pueden recibir atención en casa, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: Normalmente recibe la atención en centros dentro de la red. Sin embargo, puede recibir la atención en un centro que no esté en nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los importes de pago de nuestro plan: • Un centro de enfermería o una comunidad de ancianos con cuidados continuos donde vivía antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención en un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja de hecho resida en el momento en que usted salga del hospital.	
 Examen de detección y terapia de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos por asesoramiento para ayudarlo a perder peso. Debe recibir asesoramiento en un entorno de atención primaria. De este modo, se puede gestionar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios del programa de tratamiento para la adicción a opioides (OTP) Nuestro plan cubre los siguientes servicios para tratar el trastorno por uso de sustancias (Opioid Use Disorder, OUD) a través de un Programa de tratamiento para la adicción a opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y, si procede, la gestión y administración de estos medicamentos. • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de detección de drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)	\$0
Pruebas diagnósticas ambulatorias, servicios y suministros terapéuticos Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se mencionan aquí: • Rayos X • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido almacenamiento y administración • Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar una afección médica • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias	\$0
Observación ambulatoria en hospitales Pagamos por servicios de observación ambulatoria hospitalaria para determinar si necesita que le ingresen como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta. Los servicios deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal hospitalario para ingresar pacientes al hospital o solicitar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarle como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio. Si no tiene la certeza de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare Beneficios hospitalarios de Medicare disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios hospitalarios ambulatorios Pagamos por los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como: - Servicios en un departamento de urgencias o clínica ambulatoria, como cirugía ambulatoria o servicios de observación - Análisis y pruebas diagnósticas facturados por el hospital - Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario el tratamiento hospitalario sin ella - Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital - Suministros médicos, como férulas y yesos - Algunos medicamentos y productos biológicos que no puede administrar por su cuenta.	\$0
Servicios de rehabilitación ambulatoria Pagamos la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla. Puede acceder a servicios de rehabilitación ambulatoria en departamentos ambulatorios hospitalarios, consultorios de terapeutas independientes, centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF) y otros centros.	\$0
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Pagamos por los siguientes servicios, y quizá por otros servicios que no se mencionan aquí: - Examen de detección y asesoramiento sobre el consumo indebido de alcohol - Tratamiento del abuso de drogas - Asesoramiento grupal o individual por un clínico calificado - Desintoxicación subaguda en un programa residencial de adicciones - servicios relacionados con el consumo de alcohol o sustancias en un centro de tratamiento ambulatorio intensivo - Tratamiento de naltrexona de liberación prolongada (vivitrol)	\$0
Cirugía ambulatoria Pagamos cirugías ambulatorias y servicios en instalaciones hospitalarias ambulatorias y centros quirúrgicos ambulatorios. Nota: Si se va a someter a una cirugía en un centro u hospital, deberá consultar con su proveedor si se le considerará paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para ingresarle como paciente hospitalizado, usted es paciente ambulatorio. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de salud mental que es más intenso que la atención que recibe en la consulta de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar titulado (LMFT) o consejero profesional titulado. Puede ayudarle a evitar tener que quedarse en el hospital. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia conductual (mental) que se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica rural que es más intenso que la atención que recibe en la consulta de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional licenciado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	\$0
Servicios de asistencia personal El plan cubre la asistencia personal para las actividades de la vida diaria. El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y, quizá, otros servicios no listados aquí: • cuidado e higiene personal; • alimentación; • baño; • vestimenta y aseo personal; • tareas funcionales de la vida diaria y asistencia en la planificación; • preparación de comidas; • transporte, o asistencia para conseguir el transporte; • asistencia con la deambulación y movilidad; • refuerzo de actividades de apoyo conductual o terapias especializadas; y • asistencia con medicamentos. Estos servicios pueden ser autodirigidos si así lo desea. Esta opción permite que usted o su representante legalmente autorizado sean los empleadores de algunos de sus proveedores de servicios y dirijan la prestación de los servicios del programa.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios médicos y de proveedores, incluidas las visitas a consultas médicas Pagamos por los siguientes servicios: - Servicios de atención médica o quirúrgica médicamente necesarios en lugares como: - La consulta del médico. - Un centro quirúrgico ambulatorio certificado. - El departamento de consulta externa de un hospital. - Cualquier otro lugar. - Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista. - Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento. - Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal (ESRD) para miembros con diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal en un hospital o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar. - Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. - Servicios de telesalud para miembros con trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. - Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental. - Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas rurales y centros de salud con cualificación federal. - Revisiones virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de cinco a diez minutos, si: - no es un paciente nuevo; y - la revisión no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días; y - la revisión no da lugar a una visita al consultorio en las próximas 24 horas o en el primer turno disponible. - Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas, si: - no es un paciente nuevo; y - la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días; y - la evaluación no conduce a una visita al consultorio en las próximas 24 horas o en el primer turno disponible. - Consulta que su médico realice con otros médicos por teléfono, internet o historia clínica electrónica, si no es un paciente nuevo. - Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.	\$0
Servicios de podología Pagamos por los siguientes servicios: - Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como el dedo en martillo o los espolones del talón) - Cuidado rutinario de los pies para personas con trastornos que afectan a las piernas, como la diabetes	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la atención médica determina que presenta un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos la medicación de profilaxis preexposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si cumple los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluido el costo de inyección del medicamento, si procede. • Hasta ocho sesiones individuales de asesoramiento (que incluyen la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta ocho pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección única de hepatitis B.	
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Un examen rectal digital • Una prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	\$0
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: • Los dispositivos protésicos reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros • Pruebas, ajuste o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos • Bolsas y suministros relacionados con el cuidado de colostomías • Marcapasos • Órtesis (aparatos ortopédicos) • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico tras una mastectomía) Pagamos algunos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos. También cubrimos la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. Ofrecemos cierta cobertura tras la extirpación o la cirugía de cataratas. Consulte "Cuidado visual" más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	\$0
Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave. Debe contar con una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico o proveedor que trata la EPOC.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
 Examen 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 cumple una de estas condiciones: • Tiene un alto riesgo debido a que consume o consumió 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 considera que tenga un alto riesgo, pagamos una prueba de detección una sola vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, si continuó consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos pruebas de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni franquicia para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
 Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) Pagamos por pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas tanto para mujeres embarazadas como para algunas personas con mayor riesgo de contraer una ITS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo. También pagamos hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad al año para personas adultas sexualmente activas con mayor riesgo de contraer ITS. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo solo si las imparte un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como en la consulta del médico.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) Para obtener una definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Pagamos por los siguientes servicios, y quizá por otros servicios que no se mencionen aquí: • Una habitación semiprivada, o una habitación privada si es médicamente necesario • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla • Medicamentos que le hayan dado como parte de su plan de atención, incluidas sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • El plan cubrirá la sangre entera y los glóbulos rojos concentrados a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar por las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año natural, o hacer que usted u otra persona donen la sangre. • El plan pagará todas las demás partes de sangre empezando por la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados por los centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facilities, SNF) • Pruebas de laboratorio realizadas por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que ofrecen los centros de enfermería • Dispositivos médicos (como las sillas de ruedas), normalmente proporcionados en los centros de enfermería • Servicios médicos y proveedores Normalmente recibe la atención de los SNF en centros dentro de la red. En determinadas circunstancias, es posible que pueda recibir atención en un centro que no forme parte de nuestra red. Puede recibir atención en los siguientes lugares si aceptan los importes de pago de nuestro plan: • Un centro de enfermería o una comunidad de ancianos con cuidados continuos donde vivía antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención en un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja de hecho resida en el momento en que usted salga del hospital.	\$0
 Cesación del tabaquismo y del consumo de tabaco El asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco se ofrece de forma ambulatoria y hospitalaria a las personas que cumplen los siguientes criterios: • Consume tabaco, independientemente de si presenta signos o síntomas de enfermedades relacionadas con este hábito • Está en pleno uso de sus facultades y alerta durante las sesiones de asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare imparte el asesoramiento Cubrimos dos intentos para dejarlo al año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, hasta un total de ocho sesiones al año).	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Terapia de ejercicio supervisado (SET) Pagamos la terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, SET) para miembros con enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática. Nuestro plan cubre lo siguiente: • Hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la SET. • Un total de 36 sesiones adicionales a lo largo del tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario. El programa de SET debe consistir en lo siguiente: • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento con ejercicio terapéutico para la EAP en miembros con calambres en las piernas debido a una mala circulación sanguínea (claudicación). • En un entorno hospitalario ambulatorio o en la consulta de un médico. • Impartida por personal cualificado que se asegure de que el beneficio supere el perjuicio y que esté formado en terapia de ejercicio para la EAP. • Bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA), personal de enfermería de práctica avanzada (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS) que cuente con capacitación tanto en técnicas de soporte vital básico y avanzado.	\$0
Atención urgentemente necesaria La atención urgentemente necesaria es la atención que se presta para tratar: • una situación que no es una emergencia y que requiere atención médica inmediata, • una enfermedad imprevista, • una lesión, o • una afección que necesita atención inmediata. Si necesita atención urgentemente necesaria, primero debe intentar obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede utilizar proveedores fuera de la red cuando no pueda acudir a uno porque, dadas las circunstancias de tiempo, lugar o por otros motivos, resulte imposible o poco razonable recibir el servicio de los proveedores dentro de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite atención médica inmediata por una afección imprevista que no constituya una emergencia médica). Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos por STAR+PLUS.	\$0

Servicio cubierto	Lo que paga
 Cuidado visual Pagamos por servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares. Por ejemplo, el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: • Personas con antecedentes familiares de glaucoma • Personas con diabetes • Afroamericanos • Hispanos Para las personas con diabetes, pagamos una prueba de detección de retinopatía diabética una vez al año. Pagamos por un par de gafas o lentes de contacto tras cada cirugía de cataratas cuando el médico inserte una lente intraocular. Si tiene dos cirugías de cataratas separadas, debe obtener un par de gafas después de cada operación. No se pueden obtener dos pares de gafas después de la segunda cirugía, incluso si no le dieron gafas después de la primera.	Copago de \$0 por exámenes de la vista para tratar problemas oculares Copago de \$0 (1 vez al año) para exámenes rutinarios de la vista Copago de \$0 (límite de beneficio de \$275 al año) para gafas
 Visita preventiva de bienvenida a Medicare Cubrimos la visita preventiva única de bienvenida a Medicare. La visita incluye: • un análisis de su salud; • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que deba recibir (incluidos exámenes de detección y vacunas) y • derivaciones para otros servicios en caso de que los necesite. Nota: Cubrimos la visita preventiva de bienvenida a Medicare solo durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando pida una cita, informe a la consulta de su médico que desea programar su visita preventiva de bienvenida a Medicare.	\$0

D1. Nuestros Servicios domiciliarios y comunitarios

Además de estos servicios generales, nuestro plan también cubre servicios domiciliarios y comunitarios. Estos son servicios que quizá pueda utilizar en lugar de acudir a un centro. Para acceder a algunos de estos servicios, deberá cumplir los requisitos de los Servicios domiciliarios y comunitarios de STAR+PLUS (HCBS de STAR+PLUS, también conocido como la exención de STAR+PLUS). El coordinador de servicios trabajará con usted para decidir si estos servicios son adecuados y si estarán incluidos en el plan de atención.

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que paga
Ayudas adaptativas y suministros médicos El plan cubre los siguientes dispositivos, controles, aparatos o elementos necesarios para cubrir sus necesidades específicas, incluidos aquellos necesarios para soporte vital de hasta un límite de \$10,000 al año. El plan puede cubrir lo siguiente si es médica o funcionalmente necesario, y quizá otros artículos o servicios que no figuren aquí: • Ascensores, incluidos los elevadores para vehículos • Ayudas para la movilidad • Dispositivos de posicionamiento • Interruptores de control, o interruptores y dispositivos neumáticos • Unidades de control ambiental • Suministros médicamente necesarios • Ayudas para la comunicación (incluidas las baterías) • Equipamiento adaptado o modificado para las actividades de la vida diaria • Sistemas de sujeción y dispositivos de seguridad El coordinador de servicios puede ayudarle a conseguir suministros o equipos médicos.	\$0
Acogida de adultos El plan cubre la convivencia 24 horas en una casa de acogida si tiene limitaciones físicas, mentales o emocionales o si no puede seguir funcionando de forma independiente en su propio hogar. El plan puede cubrir los siguientes servicios si es médica o funcionalmente necesario, y quizá otros servicios que no figuren aquí: • Preparación de comidas • Limpieza • Atención personal • Tareas de enfermería • Supervisión • Servicios complementarios • Asistencia para la vida diaria • Transporte	\$0

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que paga
Servicios de residencia asistida El plan cubre una convivencia de 24 horas para usted si no puede vivir de forma independiente en su propio hogar. El plan puede cubrir los siguientes servicios si es médica o funcionalmente necesario, y quizá otros servicios que no figuren aquí: El plan cubre una convivencia de 24 horas para usted si no puede vivir de forma independiente en su propio hogar. El plan puede cubrir los siguientes servicios si es médica o funcionalmente necesario, y quizá otros servicios que no figuren aquí: • Atención de acogida o de acompañamiento que proporcione: • Asistencia personal • Tareas funcionales de la vida diaria • Supervisión de la seguridad y protección • Actividades de habilitación • Vivienda supervisada que proporcione: • Asistencia personal • Tareas funcionales de la vida diaria • Supervisión de la seguridad y protección • Actividades de habilitación • Servicio de apoyo residencial que proporcione: • Asistencia personal • Tareas funcionales de la vida diaria	\$0
Terapia de rehabilitación cognitiva El plan cubre servicios que le ayudan a aprender o reaprender habilidades cognitivas. Estas habilidades pueden haberse perdido o alterado como resultado de daños en las células cerebrales o en la química cerebral.	\$0
Servicios de habilitación diurna • Estos servicios le ayudan a adquirir, retener o mejorar las habilidades necesarias para vivir con éxito en casa o en entornos comunitarios. • Promueven la independencia, la elección personal y el logro de los resultados identificados en su plan de servicio.	\$0
Servicios dentales El plan cubre los siguientes servicios para ayudar a preservar sus dientes y satisfacer sus necesidades médicas de hasta \$5,000 al año. Si se requieren los servicios de un cirujano oral, puede obtener \$5,000 adicionales al año. El plan puede cubrir los siguientes servicios si es médica o funcionalmente necesario, además de otros servicios que no figuren aquí: • Tratamiento dental de urgencia • Tratamiento dental preventivo • Tratamiento dental terapéutico (restauración, mantenimiento, etc.) • Tratamiento dental ortodóntico	\$0

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que paga
Servicios de respuesta a emergencias El plan cubre los servicios de respuesta a emergencias a través de un sistema de monitorización electrónica las 24 horas, los 7 días de la semana. En caso de emergencia, puede tocar un botón de llamada para pedir ayuda.	\$0
Asistencia en el empleo El plan puede cubrir los siguientes servicios si son necesarios por razones médicas o funcionales, y tal vez otros servicios no enumerados aquí: • Identificar sus preferencias laborales, habilidades laborales y requisitos para un entorno laboral y condiciones laborales. • Localizar posibles empleadores que ofrezcan empleo compatible con sus preferencias, habilidades y requisitos identificados. • Comunicarse con un posible empleador en su nombre y negociar su empleo. • Brindarle transporte. • Participar en reuniones del equipo de planificación de servicios.	\$0
Servicios de tareas funcionales de la vida diaria Estos servicios le ayudan con lo siguiente: • Planificación y preparación de comidas • Transporte, o asistencia para conseguir el transporte • Asistencia con la deambulación y movilidad • Refuerzo de actividades de apoyo conductual o terapias especializadas • Asistencia con medicamentos	\$0
Comidas entregadas a domicilio El plan cubre comidas calientes y nutritivas que se sirven en el hogar. Las comidas están limitadas a una o dos al día.	\$0
Modificaciones menores en el hogar El plan cubre modificaciones menores en el hogar para garantizar la salud, el bienestar y la seguridad, y para permitirle funcionar con mayor independencia en el hogar. El plan cubrirá hasta \$7,500 a lo largo de su vida y también cubrirá hasta \$300 al año para reparaciones. El plan puede cubrir los siguientes servicios si es médica o funcionalmente necesario, y quizá otros servicios que no se enumeran aquí: • Instalación de rampas y barras de apoyo • Ensanchamiento de puertas • modificaciones en las instalaciones de cocina y baño, y • Otras adaptaciones especializadas en accesibilidad	\$0
Servicios de enfermería El plan cubre el tratamiento y la monitorización de sus condiciones médicas, especialmente si tiene enfermedades crónicas que requieren tareas de enfermería específicas.	\$0

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que paga
Terapia ocupacional El plan cubre la terapia ocupacional para usted; un terapeuta ocupacional titulado proporciona evaluación y tratamiento. El plan puede cubrir los siguientes servicios si es médica o funcionalmente necesario, y quizá otros servicios que no figuren aquí: • Evaluación y examen de detección • Desarrollo de planes de tratamiento terapéutico • Intervención terapéutica directa • Asistencia y capacitación con ayudas adaptativas y dispositivos de comunicación aumentativa • Consulta y capacitación a otros proveedores de servicios y a familiares • Participación en el equipo de planificación del servicio, cuando corresponda	\$0
Servicios de asistencia personal El plan cubre la asistencia personal para las actividades de la vida diaria. El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y, quizá, otros servicios no listados aquí: • cuidado e higiene personal; • alimentación; • baño; • vestimenta y aseo personal; • tareas funcionales de la vida diaria y asistencia en la planificación; • preparación de comidas; • transporte, o asistencia para conseguir el transporte; • asistencia con la deambulación y movilidad; • refuerzo de actividades de apoyo conductual o terapias especializadas; y • asistencia con medicamentos.	\$0
Fisioterapia El plan cubre fisioterapia, evaluaciones y tratamientos realizados por un fisioterapeuta titulado. El plan puede cubrir los siguientes servicios si es médica o funcionalmente necesario, y quizá otros servicios que no figuren aquí: • Evaluación y examen de detección • Desarrollo de planes de tratamiento terapéutico • Intervención terapéutica directa • Asistencia y capacitación con ayudas adaptativas y dispositivos de comunicación aumentativa • Consulta y capacitación a otros proveedores de servicios y a familiares • Participación en el equipo de planificación del servicio, cuando corresponda	\$0

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que paga
Cuidado de respiro El plan puede cubrir los siguientes servicios si son médicamente o funcionalmente necesarios hasta 30 visitas al año, y quizás otros servicios no listados aquí: • Asistencia personal • Actividades de habilitación • Actividades comunitarias • Actividades de ocio • Supervisión de su seguridad y protección • Desarrollo de comportamientos socialmente valorados • Desarrollo de habilidades para la vida diaria Se ofrecen servicios de cuidado de respiro para garantizar su comodidad, salud y seguridad. Puede proporcionarse en los siguientes lugares: su domicilio o lugar de residencia; hogar de acogida para adultos; centro de enfermería certificado por Medicaid de Texas; y un centro de asistencia asistida.	\$0
Terapia del habla, audición y lenguaje El plan puede cubrir los siguientes servicios si es médica o funcionalmente necesario, y quizá otros servicios que no figuren aquí: • Evaluación y examen de detección • Desarrollo de planes de tratamiento terapéutico • Intervención terapéutica directa • Asistencia y capacitación con ayudas adaptativas y dispositivos de comunicación aumentativa • Consulta y capacitación a otros proveedores de servicios y a familiares • Participación en el equipo de planificación del servicio, cuando corresponda	\$0
Consulta de apoyo El plan cubre la consulta de apoyo opcional proporcionada por un asesor de apoyo certificado elegido. Este asesor le ayudará a conocer y desempeñar las responsabilidades del empleador. El plan puede cubrir los siguientes servicios si es médica o funcionalmente necesario, y quizá otros servicios no enumerados aquí: • Reclutamiento, selección y contratación de personal • Preparación de descripciones de puestos • Verificación de la elegibilidad y las calificaciones laborales, así como otros documentos necesarios para contratar a una persona • Gestión de personal • Otras habilidades profesionales según sea necesario	\$0

Servicios comunitarios que cubre nuestro plan	Lo que paga
Empleo con apoyo El plan cubre el empleo con apoyo, que se proporciona en el lugar de trabajo si: - necesita servicios de apoyo para mantener el empleo debido a una discapacidad; - percibe el salario mínimo (o una cantidad superior) por el trabajo realizado; y - el lugar de trabajo es competitivo e integrado. El plan también cubre el transporte hacia y desde el lugar de trabajo, así como la supervisión y la formación que exceden lo proporcionado habitualmente por un empleador.	\$0
Servicios de asistencia transitoria El plan cubre una transición desde un centro de enfermería hacia un domicilio en la comunidad, hasta un límite de \$2,500.	\$0
El plan puede cubrir los siguientes servicios si es médica o funcionalmente necesario, y quizá otros servicios no listados aquí: - pago de depósitos de garantía exigidos para alquilar un departamento o una vivienda; - tarifas de instalación o depósitos para establecer los servicios públicos para el hogar, incluidos el teléfono, la electricidad, el gas y el agua; - compra de mobiliario esencial para el departamento o la vivienda, incluidos mesa, sillas, persianas para ventanas, utensilios para comer, artículos para la preparación de alimentos y ropa de cama para el baño; - pago de gastos de mudanza exigidos para trasladarse u ocupar la vivienda o el departamento; y - pago de servicios para garantizar su salud en el departamento o la vivienda, tales como la erradicación de plagas, el control de alérgenos o una limpieza por única vez antes de la ocupación.	

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare o el programa Medicaid de pago por servicio.

E1. Cuidados paliativos

Tiene derecho a elegir los servicios de cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal y se espera que le queden seis meses o menos de vida. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. El plan deberá ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare. Los programas de cuidados paliativos proporcionan a los miembros y a sus familias atención paliativa y de apoyo para satisfacer las necesidades especiales que surgen de las tensiones físicas, psicológicas, espirituales, sociales y económicas que se experimentan durante las etapas finales de una enfermedad, el proceso de muerte y el duelo. Su médico de cuidados paliativos podrá ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de beneficios en la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) paga mientras recibe servicios de cuidados paliativos.

Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que se relacionen con su pronóstico terminal:

El proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A o Parte B de Medicare. No paga nada por estos servicios.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal:

El proveedor facturará a Medicare por sus servicios. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare. No paga nada por estos servicios.

Para los medicamentos que puedan estar cubiertos por la Parte D de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP):

Los medicamentos nunca están cubiertos por el cuidado paliativo y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5**.

Nota: Si debe recibir atención que no sea de cuidados paliativos, tendrá que llamar al coordinador de servicios para coordinarlos. Los cuidados no paliativos son aquellos que no están relacionados con el pronóstico terminal.

E2. Evaluación previa a la admisión y revisión de residentes (PASRR)

Este es un programa para garantizar que los miembros no ingresen de manera injustificada en hogares de ancianos. Esto requiere que los miembros (1) reciban una evaluación de enfermedad mental, discapacidad intelectual o ambos; (2) reciban opciones sobre el entorno más adecuado para sus necesidades (en la comunidad, un centro de enfermería o entornos de atención aguda); y (3) obtengan los servicios que deben recibir en dichos entornos.

F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare, STAR+PLUS o Medicaid por pago por servicio

En esta sección se informa sobre los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos por estos beneficios. Medicare, STAR+PLUS y Medicaid por pago por servicio tampoco los pagan.

En la siguiente lista se describen algunos servicios y elementos que no cubrimos bajo ninguna circunstancia y otros que quedan excluidos únicamente en determinados casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos enumerados en esta sección (ni en ninguna otra parte de este *Manual del miembro*) excepto bajo las condiciones específicas indicadas. Aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará por los servicios. Si cree que nuestro plan debería cubrir un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes elementos y servicios:

- Servicios considerados no “razonables y médicamente necesarios”, según los estándares de Medicare y STAR+PLUS, a menos que figuren como servicios cubiertos.
- Tratamientos, artículos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que la comunidad médica no acepta de manera generalizada.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, salvo cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague.
- Habitación privada en un hospital, salvo cuando sea médicamente necesario.
- Enfermeras de guardia privada.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como un teléfono o un televisor.
- Servicios de enfermería de tiempo completo en su hogar.
- Honorarios cobrados por familiares directos o miembros de su hogar.
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos los de pérdida de peso, crecimiento capilar, rendimiento sexual, rendimiento atlético, fines estéticos, antienvjecimiento y rendimiento mental), salvo cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otros trabajos estéticos, a menos que se necesiten debido a una lesión accidental o para corregir una parte del cuerpo que no tenga la forma adecuada. Sin embargo, cubrimos la reconstrucción mamaria después de una mastectomía y el tratamiento de la otra mama para lograr simetría.
- Cuidado quiropráctico, aparte de la manipulación manual de la columna vertebral conforme a las pautas de cobertura.
- Cuidado rutinario de los pies, salvo en los casos descritos en el apartado de servicios de podología de la Tabla de beneficios de la **Sección D**.
- Zapatos ortopédicos, a menos que formen parte de una órtesis para la pierna y estén incluidos en su costo, o que sean para una persona con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de soporte para los pies, salvo los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos de venta libre.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos naturales o alternativos).
- Servicios prestados a veteranos en instalaciones del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) y el costo compartido del VA es mayor que el de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia. Usted sigue siendo responsable de los importes de sus pagos compartidos.

Capítulo 5 Cómo obtener sus medicamentos ambulatorios

Introducción

En este capítulo se explican las normas para obtener los medicamentos ambulatorios. Estos son los medicamentos que su proveedor le receta y que usted obtiene en una farmacia o por correo. Incluyen medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y STAR+PLUS. **En el Capítulo 6** de este *Manual del miembro* se le indica cuánto paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se abordan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A** de Medicare. Estos suelen incluir medicamentos que se le administran mientras está en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.** Estos incluyen algunos medicamentos de quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una visita a un médico u otro proveedor, y medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para saber qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y los beneficios médicos del plan, los medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si está en cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección F3** “En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare” del **Capítulo 5**.

Normas para la cobertura de medicamentos ambulatorios de nuestro plan

Nuestro plan cubre ciertos medicamentos con receta y productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) cubiertos por STAR+PLUS. Algunos medicamentos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare pueden estar cubiertos por Medicaid de Texas. La cobertura de estos medicamentos está sujeta a las normas de Medicaid de Texas y puede requerir autorización previa u otro control de utilización. Por lo general, cubrimos sus medicamentos siempre que usted siga las normas de esta sección.

Su proveedor (médico, dentista u otro profesional que emite recetas) debe emitir su receta, la cual debe ser válida conforme a la ley aplicable de Texas. Esta persona suele ser su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP le deriva para recibir atención.

El profesional que emite recetas **no** debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.

Por lo general, debe usar una farmacia dentro de la red para surtir su receta (consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede surtir su receta a través del servicio de farmacia por correo del plan.

Su medicamento con receta debe figurar en la Lista de medicamentos cubiertos de nuestro plan. La llamamos la “*Lista de medicamentos*” para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no figura en la *Lista de medicamentos*, es posible que podamos cubrirlo si se le concede una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo solicitar una excepción.

Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por determinadas referencias médicas. Su profesional que emite recetas puede ayudar a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento con receta. Para los medicamentos cubiertos por Medicaid de Texas, esto significa que el uso del medicamento es razonable y se necesita para proteger la vida, prevenir una enfermedad grave o una discapacidad, o aliviar el dolor intenso mediante el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, padecimiento o lesión.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** en este capítulo).

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

Índice

Para guiarse para encontrar información, consulte la siguiente lista detallada de temas.

Capítulo 5	Cómo obtener sus medicamentos ambulatorios	76
A.	Cómo surtir sus recetas	78
A1.	Cómo surtir su receta en una farmacia de la red	78
A2.	Utilizar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta	78
A3.	Qué hacer si cambia su farmacia de la red	78
A4.	Qué hacer si su farmacia abandona la red	78
A5.	Uso de una farmacia especializada	78
A6.	Uso de servicios de pedido por correo para obtener sus medicamentos	79
A7.	Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo	80
A8.	Uso de una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan	80
A9.	Reembolso por una receta	81
B.	Lista de medicamentos de nuestro plan	81
B1.	Medicamentos en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	81
B2.	Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	81
B3.	Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de medicamentos</i>	82
B4.	Niveles de costo compartido de la <i>Lista de medicamentos</i>	83
C.	Límites en algunos medicamentos	83
D.	Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	84
D1.	Obtener un suministro temporal	84
D2.	Solicitar un suministro temporal	85
D3.	Solicitar una excepción	86
E.	Cambios en la cobertura de sus medicamentos	86
F.	Cobertura de medicamentos en casos especiales	88
F1.	En un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia que nuestro plan cubra	88
F2.	En un centro de cuidados a largo plazo	88
F3.	En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare	88
G.	Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos	88
G1.	Programas para ayudarle a usar los medicamentos de forma segura	88
G2.	Programas para ayudarle a gestionar sus medicamentos	89
G3.	Programa de control de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de forma segura	89

A. Cómo surtir sus recetas

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

En la mayoría de los casos, pagamos por las recetas solo cuando se surten en cualquiera de nuestras farmacias de la red. Una farmacia dentro de la red es una farmacia que acepta surtir recetas para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar cualquiera de nuestras farmacias de la red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia dentro de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestra página web o comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de servicios.

A2. Utilizar su tarjeta de identificación de miembro al surtir una receta

Su tarjeta de identificación de miembro de Community First incluye su información de miembro de Medicare y el número de identificación de Medicaid. Presente su tarjeta de identificación de miembro de Community First al surtir una receta. No necesita una tarjeta de Medicaid distinta para acceder a los beneficios de farmacia de la Parte D de Medicare y STAR+PLUS cubiertos a través de Community First. Para surtir su receta, **presente su tarjeta de identificación de miembro** en la farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento cubierto. Es posible que deba pagarle a la farmacia un copago cuando retire su receta.

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro consigo al surtir su receta, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria, o solicite que consulte la información de su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que deba pagar el costo total de la receta al retirarla. Luego, podrá pedirnos que le devolvamos nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato.** Haremos todo lo posible para ayudarle.

- Para pedirnos que le devolvamos el dinero, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios.

A3. Qué hacer si cambia su farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita una nueva reposición, puede pedirle a un proveedor que redacte una receta nueva o solicitarle a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si aún le quedan surtidos disponibles.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia dentro de la red, comuníquese con Servicios para Miembros o con el coordinador de servicios.

A4. Qué hacer si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que usa sale de la red de nuestro plan, debe encontrar una nueva farmacia dentro de la red.

Para encontrar una nueva farmacia dentro de la red, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestra página web o comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de servicios.

A5. Uso de una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.

- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidados a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de cuidados a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si es residente de un centro de cuidados a largo plazo, nos aseguramos de que pueda conseguir los medicamentos que debe recibir en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo no pertenece a nuestra red o tiene dificultades para conseguir sus medicamentos en un centro de cuidados a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicio al Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud para indígenas urbanos. Excepto en emergencias, solo las personas nativas americanas o nativas de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos establecimientos o que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o educación sobre su uso. (**Nota:** Este caso debería ocurrir rara vez). Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestra página web o comuníquese con Servicios para Miembros o su coordinador de servicios.

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

Para obtener ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo son aquellos que se toman de manera regular para una afección médica crónica o de largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de medicamentos para **al menos 30 días y no más de 90 días**.

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

Surtido de recetas por correo:

Puede recibir los medicamentos con receta en su hogar a través de nuestro programa de entrega por pedido por correo de la red. Para surtir de nuevo sus medicamentos con recetas por correo, comuníquese con nosotros 14 días antes de la fecha en que calcule que se le agotarán los medicamentos que tiene, para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo. Por lo general, debe esperar recibir sus medicamentos recetados dentro de los 14 días posteriores a que la farmacia de pedido por correo reciba el pedido.

Birdi es la farmacia de pedido por correo recomendada para Community First Health Plans. No tiene la obligación de usar Birdi para obtener un suministro de sus medicamentos de mantenimiento. El primer pedido requerirá un registro en la página web de Birdi, disponible en BirdiRx.com/Mail-Order/How-It-Works. Si tiene preguntas sobre el servicio de pedido por correo para medicamentos de mantenimiento y sobre cómo comenzar, 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.

Por lo general, un medicamento recetado por correo llega dentro de los 3 a 5 días posteriores a que la farmacia de pedido por correo reciba el pedido. Si no recibe sus medicamentos con receta dentro de este plazo, comuníquese con Birdi Pharmacy llamando al 1-888-240-2211.

Si su receta está registrada en su farmacia local, acuda a ella para surtir los medicamentos con receta en caso de retrasos. Si su receta retrasada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico que llame a su farmacia para emitir una nueva receta. O bien, el personal farmacéutico puede comunicarse con el consultorio del médico para solicitar la receta. El personal farmacéutico puede comunicarse con el servicio de asistencia de farmacia al (866) 333-2757, las 24 horas del día, los 7 días de la semana si tiene algún problema, pregunta o inquietud, o si necesita una anulación de reclamo para un medicamento con receta retrasado.

Procesos de pedido por correo

El servicio de pedido por correo cuenta con procedimientos diferentes para los medicamentos con receta nuevos que recibe de usted, los medicamentos con receta nuevos que recibe directamente del consultorio de su proveedor y las reposiciones de sus medicamentos con receta por correo.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CommunityFirstMedicare.com.

1. Recetas nuevas que recibe de usted

La farmacia surte y entrega automáticamente los medicamentos con receta nuevos que recibe de usted.

2. Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su proveedor

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunica con usted para averiguar si desea que el medicamento con receta se surta de inmediato o en una fecha posterior.

- Esto le brinda la oportunidad de asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluidos la concentración, la cantidad y la forma farmacéutica) y, de ser necesario, le permite detener o retrasar el pedido antes de que se le facture y se realice el envío.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicar qué hacer con el nuevo medicamento con receta y para prevenir cualquier retraso en el envío.

3. Reposición de medicamentos con receta por correo

Para obtener las reposiciones, comuníquese con la farmacia 14 días antes de que se agote su receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

A7. Obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Puede conseguir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma de forma regular para una afección médica crónica o de larga duración.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias* se indican qué farmacias pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 30 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. También puede comunicarse con el coordinador de servicios o con el departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para informarse sobre los servicios de pedido por correo.

A8. Uso de una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red únicamente cuando no le es posible utilizar una farmacia de la red.

Cubrimos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Cobertura al viajar o salir del área de servicio. Al viajar dentro de EE. UU. tiene acceso a farmacias dentro de la red de todo el país. Lleve consigo sus recetas y medicamentos, y asegúrese de consultar el directorio de farmacias para localizar una farmacia dentro de la red mientras viaja. Si sale del país, es posible que pueda obtener un suministro para una mayor cantidad de días para llevar con usted antes de salir del país, en aquellos lugares donde no haya farmacias de la red disponibles.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto a tiempo dentro del área de servicio porque no hay una farmacia de la red con servicio de 24 horas a una distancia razonable en automóvil.
- Si intenta surtir un medicamento con receta que una farmacia minorista o de pedidos por correo preferida de la red accesible no tiene en existencia de forma habitual (incluidos medicamentos de alto costo y exclusivos).
- Si necesita una receta mientras es paciente en un departamento de emergencia, una clínica asociada a un proveedor, cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio.

A9. Reembolso por una receta

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total en lugar de su parte normal del costo al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red. Las organizaciones no pueden reembolsar a los miembros por los beneficios cubiertos por STAR+PLUS.

Para saber más sobre esto, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.

B. Lista de medicamentos de nuestro plan

Tenemos una *lista de medicamentos cubiertos*. La llamamos la “*Lista de medicamentos*” para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de medicamentos* con la ayuda de un equipo de personal médico y farmacéutico. En la *Lista de medicamentos* también se indican las normas a seguir para conseguir los medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento incluido en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan cuando se siguieron las normas que explicamos en este capítulo.

B1. Medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos medicamentos y productos con receta y venta libre (OTC) cubiertos a través de STAR+PLUS.

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

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende bajo una marca comercial registrada propiedad del fabricante. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra *Lista de medicamentos*, cuando nos referimos a “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y habitualmente cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los medicamentos de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre cuestan menos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*

Para saber si un medicamento que toma se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos*, puede:

- Visitar la página web de nuestro plan en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). La *Lista de medicamentos* en nuestra página web es siempre la más actualizada.
- Llamar a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento se encuentra en nuestra *Lista de medicamentos* o para solicitar una copia de esta.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

- Utilizar nuestra “herramienta de beneficios en tiempo real” en CommunityFirstMedicare.com para buscar medicamentos en la *Lista de medicamentos* y obtener un cálculo de lo que pagará, así como para averiguar si existen medicamentos alternativos en la *lista* que puedan tratar la misma afección. También puede llamar a su coordinador de servicios o a Servicios para Miembros.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *lista* porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que consiga un medicamento que no esté en nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Ciertos medicamentos que no están cubiertos por la Parte D de Medicare pueden estar cubiertos a través de STAR+PLUS. Estos se denominan medicamentos excluidos. Si recibe una receta para un **medicamento excluido**, es posible que tenga que pagarlo por su cuenta. Si considera que debemos pagar por un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre apelaciones.

Estas son tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (la cual incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y de STAR+PLUS) no puede pagar un medicamento que la Parte A o la Parte B de Medicare ya cubren. Nuestro plan cubre de forma gratuita los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por determinadas referencias médicas como un tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetar un medicamento específico para tratar su afección, aunque no cuente con la aprobación para tratar dicha afección. Esto se conoce como “uso fuera de indicación”. Nuestro plan por lo general no cubre los medicamentos recetados para un uso fuera de indicación.

A través de Medicaid, ofrecemos cobertura para los siguientes medicamentos o clases de medicamentos que de otro modo estarían restringidos. Medicaid opta por brindar cobertura a todos sus beneficiarios, incluidos los beneficiarios con doble elegibilidad para beneficios completos en este plan.

- Agentes selectivos cuando se usan para la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Agentes selectivos para el alivio sintomático de la tos y los resfriados.
- Vitaminas con receta y productos minerales selectivos, excepto las vitaminas prenatales y el flúor.
- Medicamentos selectivos sin receta.

Estos medicamentos se cubren tal como se describe en la página web del estado en txvendordrug.com.

Medicamentos que la Parte D de Medicare o STAR+PLUS no cubre:

- Medicamentos utilizados con fines de fertilidad
- Medicamentos usados con fines estéticos o para el crecimiento del cabello
- Medicamentos utilizados para la disfunción eréctil cuando se emplean con fines de tratamiento sexual
- Medicamentos no aprobados por la FDA ni respaldados por compendios aceptados
- Medicamentos adquiridos fuera de los Estados Unidos y sus territorios

B4. Niveles de costo compartido de la Lista de medicamentos

Cada medicamento en nuestra *Lista de medicamentos* se encuentra en uno de 5 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta libre). En general, cuanto más alto es el nivel de costos compartidos, mayor es el costo del 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 uso común y de menor costo.
- Nivel 2: medicamentos genéricos. Incluye muchos 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 preferida. Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidas.
- Nivel 5: medicamentos especializados. Incluye medicamentos únicos o de muy alto costo.

Para averiguar en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, búsquelo en nuestra *Lista de medicamentos*.

En el **Capítulo 6** de este *Manual del miembro* se indica el importe que debe pagar por los medicamentos de cada nivel.

C. Límites en algunos medicamentos

Ciertas reglas especiales limitan cómo y cuándo el plan cubre algunos medicamentos. Por lo general, nuestras reglas fomentan que usted obtenga un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien que uno de mayor costo, esperamos que su proveedor recete el medicamento 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 un mismo medicamento puede variar según la concentración, cantidad o forma recetada por su proveedor, y se le pueden aplicar distintas restricciones a cada versión (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez al día frente a dos veces al día; comprimido frente a líquido).

Si existe una regla especial para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que el plan lo cubra. Por ejemplo, su proveedor puede tener que informarnos su diagnóstico o proporcionar los resultados de análisis de sangre primero. Si usted o su proveedor consideran que nuestra regla no debe aplicarse a su situación, pídanos que utilicemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Es posible que accedamos o no a permitirle usar el medicamento sin seguir los pasos adicionales.

Para saber más sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

1. Limitar el uso de un medicamento de marca o de productos biológicos originales cuando se encuentre disponible una versión genérica o biosimilar intercambiable.

Por lo general, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable funciona igual que uno de marca o un producto biológico original y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay disponible una versión genérica o un biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o de un producto biológico original, las farmacias de nuestra red le entregan dicha versión genérica o biosimilar intercambiable, respectivamente.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca cuando hay disponible una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor indicó el motivo médico por el cual el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable no funciona en su caso, escribió "No substitutions" (Sin sustitución) en su receta para un medicamento de marca o un producto biológico original, o indicó el motivo médico por el cual el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionan en su caso, entonces cubrimos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor por el medicamento de marca o el producto biológico original que por el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

2. Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o el profesional que emite las recetas deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. A esto se le conoce como autorización previa (PA). Esto se implementó para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos fármacos. Si no obtiene la aprobación, puede que no cubramos el medicamento. Llame al coordinador de servicios o a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestra página web en CommunityFirstMedicare.com para obtener más información sobre la autorización previa.

3. Probar otro medicamento primero

Por lo general, queremos que usted pruebe medicamentos de menor costo que sean igual de efectivos antes de cubrir medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, podemos exigirle que pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A no funciona en su caso, entonces cubrimos el medicamento B. Esto se denomina terapia escalonada. Comuníquese con el coordinador de servicios o a los Servicios para Miembros llamando al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o a través de nuestra página web en CommunityFirstMedicare.com para obtener más información sobre la terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad del medicamento que puede recibir. Esto se denomina límite de cantidad. Por ejemplo, si por lo general se considera seguro tomar solo una pastilla al día de cierto medicamento, podríamos limitar la cantidad de dicho medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta.

Para averiguar si alguna de las reglas anteriores se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros o consulte nuestra página web en CommunityFirstMedicare.com. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura por cualquiera de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

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

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no se cubra de la manera que prefiere. Por ejemplo, cuando:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que desea tomar. El medicamento tal vez no figure en nuestra *Lista de medicamentos*. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y aún no lo revisamos en cuanto a seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero existen reglas especiales o límites de cobertura. Como se explica en la sección anterior a la Sección C, algunos medicamentos que cubre nuestro plan tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que emite las recetas podrían solicitarnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su costo sea más elevado de lo que considera adecuado.

Hay medidas que puede tomar si no cubrimos un medicamento de la forma en que desea que lo hagamos.

D1. Obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando este no figure en nuestra *Lista de medicamentos* o su uso esté limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la obtención de un medicamento diferente o para solicitarnos que cubramos el medicamento.

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

1. El medicamento que estuvo tomando:
 - ya no figura en nuestra *Lista de medicamentos*; **O**
 - nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos*; **O**
 - ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe encontrarse en una de estas situaciones:
 - Estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su afiliación a nuestro plan.
 - Este suministro temporal puede ser de hasta 30 días.
 - Si la receta se emite por menos días, permitimos múltiples reposiciones para proporcionar un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia dentro de la red.
 - Las farmacias de cuidados a largo plazo podrían proporcionarle su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar desperdicios.
 - Usted ingresó recientemente a nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su afiliación a nuestro plan**.
 - Este suministro temporal cubre hasta 90 días de su afiliación a nuestro plan.
 - Si la receta se emite por menos días, permitimos múltiples reposiciones para proporcionar un máximo de 30 días de medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia dentro de la red.
 - Las farmacias de cuidados a largo plazo podrían proporcionarle su medicamento en pequeñas cantidades a la vez para evitar desperdicios.
 - Usted estuvo en nuestro plan durante más de 90 días, reside en un centro de cuidados a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un *suministro de 31 días*, o menos si su receta se emite por menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.

D2. Solicitar un suministro temporal

Para solicitar un suministro temporal de un medicamento, comuníquese con Servicios para Miembros.

Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se agote su suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiar a otro medicamento.

Nuestro plan podrá cubrir un medicamento diferente que funcione para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos que cubrimos para tratar la misma afección médica. La lista le ayudará a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionarle.

O BIEN

- Pedir una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos una excepción. Por ejemplo, podrán pedirnos que cubramos un medicamento que no figure en nuestra *Lista de medicamentos* o solicitarnos que lo cubramos sin límites. Si su proveedor indicó que tiene una buena razón médica para una excepción, él le ayudará a solicitarla.

D3. Solicitar una excepción

Si un medicamento que usted toma se eliminará de nuestra *Lista de medicamentos* o se limitará de alguna manera el próximo año, permitimos que solicite una excepción antes del próximo año.

- Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento para el próximo año de la manera que usted desee.
- Respondemos a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas posteriores a recibirla (o la declaración de respaldo del profesional que emite recetas).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Para saber más sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicios para Miembros o con su coordinador de servicios.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero podremos agregar o retirar medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* durante el año. También podríamos modificar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir exigir o no exigir la autorización previa (PA) para un medicamento (permiso de nuestra parte antes de que pueda obtenerlo).
- Agregar o modificar la cantidad de un medicamento que usted pueda recibir (límites de cantidad).
- Agregar o modificar las restricciones de terapia escalonada en un medicamento (usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable de dicho producto biológico.

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, generalmente no retiraremos ni modificaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- un medicamento nuevo y más económico sale al mercado y funciona tan bien como un medicamento que ya está en nuestra *Lista de medicamentos*; o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro; o
- un medicamento se retira del mercado.

¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que usted toma?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando cambia nuestra *Lista de medicamentos*, siempre puede:

- consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual en línea en [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) para consultar nuestra *Lista de medicamentos* actual.

Cambios que podemos realizar en la *Lista de medicamentos* que le afectan durante el año del plan actual

Algunos cambios en la *Lista de medicamentos* se realizarán de inmediato. Por ejemplo, cuando:

- Un nuevo medicamento genérico está disponible. A veces, un nuevo medicamento genérico o producto biosimilar sale al mercado y funciona tan bien como un medicamento de marca o producto biológico original que ya está en la *Lista de medicamentos*. Cuando eso sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento se mantiene igual.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar las reglas de cobertura o límites.

- Es posible que no le informemos sobre dicho cambio con antelación, pero le enviaremos información sobre el cambio específico realizado luego de su aplicación.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a dichos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que debe seguir para solicitar una excepción. Por favor, consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminar los medicamentos peligrosos y otros medicamentos que se retiran del mercado. En ocasiones, es posible que se determine que un medicamento es peligroso o se retire del mercado por alguna otra razón. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso luego de que hagamos el cambio. Debe ponerse en contacto con el proveedor que emite recetas para notificarle.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con antelación sobre estos otros cambios a nuestra *Lista de medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) proporciona nuevas directrices o hay nuevas pautas clínicas acerca de un medicamento.

Cuando se produzcan estos cambios, haremos lo siguiente:

- Informarle, al menos, 30 días antes de que realicemos el cambio en nuestra *Lista de medicamentos*; o
- informarle y entregarle un suministro para 30 días del medicamento después que solicite una reposición.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que emite recetas. Pueden ayudarle a decidir:

- si hay un medicamento similar en nuestra *Lista de medicamentos* que usted puede tomar en su lugar; o
- si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que estuvo tomando. Para saber más sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

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

Podemos hacer cambios en los medicamentos que toma que no se describen anteriormente y que no le afectan ahora. Para tales cambios, si toma un medicamento que cubrimos al **comienzo** del año, generalmente no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si retiramos un medicamento que usted toma, aumentamos lo que paga por el medicamento o limitamos su uso, entonces el cambio no afecta el uso que usted hace del medicamento ni lo que paga por este durante el resto del año.

Si alguno de estos cambios ocurre en un medicamento que toma (excepto por los cambios señalados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del próximo año.

No le avisaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año en curso. Tendrás que revisar la *Lista de medicamentos* para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio que le afecte durante el próximo año del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia que nuestro plan cubra

Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada para una estancia que nuestro plan cubre, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estancia. Usted no pagará copago. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando cumplan con todas nuestras reglas de cobertura.

Para saber más sobre la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual del miembro*.

F2. En un centro de cuidados a largo plazo

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

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

F3. En un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los medicamentos nunca son cubiertos por el programa de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Puede registrarse en un programa de cuidados paliativos de Medicare y requerir ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos para el dolor, medicamentos antináuseas, laxantes o medicamentos contra la ansiedad) que su programa de cuidados paliativos no cubre porque no están relacionados con su pronóstico terminal y sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que emite recetas o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras en la obtención de cualquier medicamento no relacionado que nuestro plan deba cubrir, usted puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional que emite recetas que se aseguren de que se nos haya notificado que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que surta su receta.

Si deja los cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar que dejó los cuidados paliativos.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que tratan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los beneficios de los cuidados paliativos.

G. Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de forma segura

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

- quizás no sean necesarios porque toma otro medicamento similar que hace lo mismo
- quizás no sean seguros para su edad o género
- podrían causarle daño si los toma al mismo tiempo
- tienen ingredientes a los que tiene o podría tener una alergia

- podrían ser un error en la cantidad (dosis)
- tienen cantidades no seguras de medicamentos opioides para el dolor

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajamos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarle a gestionar sus medicamentos

Nuestro plan tiene un programa para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas. En tales casos, usted podría ser elegible para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un Programa de manejo de terapias con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionen para mejorar su salud. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos y hablará con usted sobre:

- cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma;
- cualquier inquietud que tenga, como los costos de los medicamentos y las reacciones a estos;
- cómo tomar sus medicamentos de la mejor manera;
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre.

Luego, le dará:

- Un resumen escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que debe hacer para el mejor uso de sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que toma, qué cantidad toma, y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Le recomendamos hablar con el profesional que emitió la receta para los medicamentos sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos consigo si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que cumplen los requisitos. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, realizamos su inscripción y le enviamos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y le daremos de baja.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con su coordinador de servicios o con Servicios para Miembros.

G3. Programa de control de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los medicamentos opioides de forma segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de abuso frecuente. Este programa se llama Programa de control de medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de varios médicos que le recetaron los medicamentos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con el profesional que emitió la receta para los medicamentos para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En conjunto con el profesional que emitió la receta para los medicamentos, si decidimos que el uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas recetados puede no ser seguro, es posible que limitemos la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir:

- Exigir que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de una o determinadas farmacias.
- Exigir que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de uno o determinados profesionales que emiten recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que estarán cubiertos.

Si planeamos limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta por anticipado. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de dichos medicamentos únicamente de un proveedor o una farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué proveedores o farmacias prefiere usar y cualquier información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirman las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, no está de acuerdo con nuestra decisión o no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que emitió la receta para los medicamentos podrán presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para saber más sobre apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*).

Es posible que el DMP no se aplique a usted si:

- tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica;
- recibe cuidados paliativos, de hospicio o cuidados paliativos terminales; **o**
- vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS

Introducción

En este capítulo se explica cuánto debe pagar por los medicamentos ambulatorios. Por “medicamento” nos referimos a lo siguiente:

- medicamentos de la Parte D de Medicare, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid, **y**
- medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Como es elegible para STAR+PLUS, recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. 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” [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 y solicite la “Cláusula LIS”.

Ayuda Extra es un programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, franquicias y copagos. La Ayuda Extra también se denomina “subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Para saber más sobre medicamentos, puede consultar estos sitios:

- Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos*.
 - La llamamos la *Lista de medicamentos*. Incluye:
 - Qué medicamentos pagamos
 - En cuál de los 5 niveles pertenece cada medicamento
 - Si hay algún límite en los medicamentos
 - Si necesita una copia de nuestra *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Miembros. También puede encontrar la copia más reciente de nuestra *Lista de medicamentos* en nuestra página web en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).
- **Capítulo 5** de este *Manual del miembro*.
 - Se explica cómo conseguir medicamentos ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye normas que debe seguir. También se indican qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.
 - Cuando utiliza la “herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para consultar la cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2** del **Capítulo 5**), el costo que se muestra es una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar al coordinador de servicios o a Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia dentro de la red para obtener los medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan colaborar con nosotros.
 - En el *Directorio de proveedores y farmacias* se enumeran nuestras farmacias dentro de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre las farmacias dentro de la red.

Índice

Para guiarse para encontrar información, consulte la siguiente lista detallada de temas.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare y STAR+PLUS	91
A. Explicación de beneficios (EOB)	93
B. Cómo llevar un control de los costos de sus medicamentos	93
B1. Qué pasa si encuentra errores en este resumen	94
B2. ¿Qué pasa con posibles fraudes?	94
C. Etapas de pago de los medicamentos de la Parte D de Medicare	95
C1. Nuestro plan tiene 5 niveles de costo compartido	95
C2. Sus opciones de farmacia	95
C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	95
C4. Lo que paga	96
D. Etapa 1: "etapa de cobertura inicial"	97
D1. Sus opciones de farmacia	97
D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	97
D3. Lo que paga	97
D4. Fin de la etapa de cobertura inicial	98
E. Etapa 2: "etapa de cobertura catastrófica"	99
F. Costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo	99
G. Lo que paga por las vacunas de la Parte D	99
G1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna	100
G2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	100

A. Explicación de beneficios (EOB)

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza cuando surte recetas en la farmacia. Llevamos un control de dos tipos de costos:

- Sus **costos de bolsillo**. Este es el importe de dinero que usted, u otras personas en su nombre, paga por las recetas. Esto incluye lo que pagó al obtener un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amistades, cualquier pago realizado por la Ayuda Extra de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- Sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Esto incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted recibe medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen denominado *Explicación de los beneficios*. A este documento lo llamamos EOB para abreviar. La Explicación de beneficios no es una factura. La EOB contiene más información sobre los medicamentos que toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con un costo compartido menor que podrían estar disponibles. Puede hablar con el profesional que emite recetas sobre estas opciones de menor costo. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El resumen indica los medicamentos que recibió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de medicamentos, lo que pagamos nosotros y lo que pagaron usted y otras personas por usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero**. Aquí se detallan los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos**. El precio total del medicamento y los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Alternativas más económicas**. Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido menor para cada receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos no cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se contabilizan para sus costos de bolsillo.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta y de venta libre están cubiertos por STAR+PLUS. Estos medicamentos están incluidos en la *Lista de medicamentos*.

B. Cómo llevar un control de los costos de sus medicamentos

Para llevar un control de los costos de sus medicamentos y los pagos realizados, se utilizan los registros que recibimos de usted y de su farmacia. A continuación, se indica cómo puede ayudar:

1. Presente su tarjeta de identificación de miembro.

Presente su tarjeta de identificación de miembro cada vez que surta una receta. Esto ayuda a saber qué recetas surtió y cuánto pagó.

2. Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.

Entregue copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede solicitar el reembolso de nuestra parte correspondiente al costo del medicamento.

Estos son ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia dentro de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que recibió mediante un programa de asistencia para pacientes del fabricante.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio completo por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.

3. Envíe información sobre los pagos que otros realizan por usted.

Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se contabilizan para sus costos de bolsillo. 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 cuentan para sus costos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para la cobertura catastrófica. Cuando llega a la etapa de cobertura catastrófica, nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. Consulte la EOB que le enviamos.

Cuando reciba la EOB por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Verifique las fechas. ¿Recibió medicamentos ese día?
- **¿Recibió los medicamentos enumerados?** ¿Coinciden con los enumerados en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con lo que su médico recetó?

B1. Qué pasa si encuentra errores en este resumen

Si algo le resulta confuso o no le parece correcto en esta EOB, comuníquese con Servicios para Miembros de Community First Medicare Advantage Bexar Dual. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestra página web: CommunityFirstMedicare.com.

B2. ¿Qué pasa con posibles fraudes?

Si en este resumen aparecen medicamentos que no toma o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347.
- O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo.
- También puede llamar a la Oficina del Inspector General de Salud y Servicios Humanos de Texas para presentar una queja al 1-800-447-8477.

Si piensa que algo está mal o falta, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros. Guarde la EOB. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

C. Etapas de pago de los medicamentos de la Parte D de Medicare

Hay dos etapas de pago para la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en nuestro plan. Cuánto paga por cada receta depende de su nivel de Ayuda Extra y de la etapa en la que se encuentre en el momento de surtir o reponer la receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: “etapa de cobertura inicial”	Etapa 2: “etapa de cobertura catastrófica”
Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago.	Durante esta etapa, cubrimos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2027.
Esta etapa empieza cuando surte su primera receta del año.	Esta etapa empieza después de pagar un determinado importe de costos de bolsillo.

C1. Nuestro plan tiene 5 niveles de costo compartido

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor es el número de nivel, mayor es el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- El Nivel 1 (genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos de uso común y de menor costo.
- El Nivel 2 (genéricos) incluye muchos medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 (marcas preferidas) incluye medicamentos de marca comunes, llamados marcas preferidas, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.
- El Nivel 4 (marca no preferida) incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidas.
- El Nivel 5 (medicamentos especializados) incluye medicamentos únicos o de muy alto costo.

C2. Sus opciones de farmacia

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

- una farmacia dentro de la red; o
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para saber cuándo lo hacemos;
- la farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* para saber cómo presentar una apelación si le dicen que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

C3. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted obtiene un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días para los niveles del 1 al 4 cuando se surte en una farmacia minorista o a través de un pedido por correo. El suministro de farmacia de cuidados a largo plazo es de 31 días. Cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* o nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

C4. Lo que paga

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

Comuníquese con Servicios para Miembros para saber cuánto es el copago por un medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o un suministro a largo plazo de un medicamento cubierto de:

	Una farmacia dentro de la red	El servicio de pedido por correo de nuestro plan	Una farmacia de cuidados a largo plazo dentro de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o hasta 30 días.	Un suministro de un mes o hasta 30 días.	Un suministro de hasta 31 días. Los suministros extendidos o a largo plazo están disponibles por hasta 90 días para los niveles del 1 al 4 cuando se surten en una farmacia minorista o a través de un pedido por correo.	Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del miembro</i> para obtener más detalles.
Nivel 1 de costos compartidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Genérico preferido				
Nivel 2 de costos compartidos	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %
Genérico				
Nivel 3 de costos compartidos	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %
Marca preferida				
Nivel 4 de costos compartidos	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %
No preferidos				
Nivel 5 de costos compartidos	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %
Especializados				

Ayuda Extra es un programa que ayuda a pagar los medicamentos. Le enviamos un material aparte, llamado Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Extra para pagar medicamentos con receta, que contiene información sobre los costos de los medicamentos. Si recibe Ayuda Extra y no recibe este material, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la Cláusula LIS.

Para obtener información sobre qué farmacias pueden ofrecerle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

D. Etapa 1: “etapa de cobertura inicial”

Durante la etapa de cobertura inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende de qué nivel de costo compartido tiene el medicamento y de dónde lo consigue.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la *Lista de medicamentos* de nuestro plan se agrupa en uno de cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor es el número de nivel, mayor es el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de medicamentos*.

- El Nivel 1 (genéricos preferidos) incluye medicamentos genéricos de uso común y de menor costo.
- El Nivel 2 (genéricos) incluye muchos medicamentos genéricos.
- El Nivel 3 (marcas preferidas) incluye medicamentos de marca comunes, llamados marcas preferidas, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.
- El Nivel 4 (marca no preferida) incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferida.
- El Nivel 5 (medicamentos especializados) incluye medicamentos únicos o de muy alto costo.

D1. Sus opciones de farmacia

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

- una farmacia minorista dentro de la red; **o**
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para saber cuándo lo hacemos;
- la farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* y nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D2. Obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted obtiene un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surte su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 días en una farmacia minorista y a través de un pedido por correo para los niveles del 1 al 4. El suministro de farmacia de cuidados a largo plazo es de 31 días. Cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro de un medicamento a largo plazo, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* o el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan.

D3. Lo que paga

Durante la etapa de cobertura inicial, usted paga un copago cada vez que surte una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicios para Miembros para saber cuánto es el copago por un medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o un suministro a largo plazo de un medicamento cubierto de:

	Una farmacia dentro de la red	El servicio de pedido por correo de nuestro plan	Una farmacia de cuidados a largo plazo dentro de la red	Una farmacia fuera de la red
	Un suministro de un mes o hasta 30 días.	Un suministro de un mes o hasta 30 días.	Un suministro de hasta 31 días. Los suministros extendidos o a largo plazo están disponibles por hasta 90 días para los niveles del 1 al 4 cuando se surten en una farmacia minorista o a través de un pedido por correo.	Un suministro de hasta 30 días. La cobertura está limitada a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del miembro</i> para obtener más detalles.
Nivel 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos de marca no preferida)	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos especializados)	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %	Coseguro del 0-25 %

Para obtener información sobre qué farmacias pueden ofrecerle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.

D4. Fin de la etapa de cobertura inicial

La etapa de cobertura inicial termina cuando el total de sus costos de bolsillo alcanza \$2,400. En ese momento comienza la etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos sus gastos de medicamentos desde entonces hasta el final del año.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

Su EOB le ayuda a realizar un seguimiento de cuánto paga por sus medicamentos durante el año. Nosotros le informamos si alcanzó el límite de \$2,400. Mucha gente no lo alcanza en un año.

E. Etapa 2: “etapa de cobertura catastrófica”

Cuando alcanza el límite de \$2,400 de bolsillo por sus medicamentos, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Permanece en la etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año natural. Durante esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

F. Costos de sus medicamentos si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle menos de un mes de medicamentos.

- Es posible que en ocasiones usted quiera consultar a su médico acerca de recetar menos de un suministro de un medicamento para un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez).
- Si el médico está de acuerdo, usted no paga por el suministro completo de un mes para ciertos medicamentos.

Cuando usted recibe menos de un suministro de un medicamento para un mes, el importe que paga se basa en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calculamos el importe que usted paga por día por el medicamento (la “tarifa diaria de costo compartido”) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

- Aquí tiene un ejemplo: supongamos que el copago del medicamento por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que el importe que paga por el medicamento es inferior a \$0.05 al día. Si recibe un suministro de siete días del medicamento, el pago es inferior a \$0.05 por día multiplicado por siete días, para un pago total inferior a \$0.35.
- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le sirva antes de pagar por un suministro de un mes entero.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes completo para ayudarle a:
 - Planificar mejor cuándo surtir sus medicamentos.
 - Coordinar las reposiciones con otros medicamentos para que pueda realizar menos viajes a la farmacia.

G. 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 por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en nuestra *Lista de Medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para personas adultas sin costo para usted. Consulte la *Lista de medicamentos* de nuestro plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener información sobre cobertura y costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte es por el costo de la propia vacuna.
2. La segunda parte es por el costo de administrarle la vacuna. Por ejemplo, a veces usted recibe la vacuna mediante una inyección administrada por su médico.

G1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Recomendamos que llame a Servicios para Miembros si planea recibir una vacuna.

- Le podemos informar sobre cómo nuestro plan cubre la vacuna y explicarle cuál es su parte del costo.
- Le podemos decir cómo mantener sus costos bajos mediante el uso de farmacias y proveedores de la red. Las farmacias y proveedores dentro de la red aceptan colaborar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para garantizar que usted no tenga costos iniciales por una vacuna de la Parte D de Medicare.

G2. Lo que paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (contra qué se está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en lugar de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para informarse sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Es posible que deba pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**, recomendó la vacuna para personas adultas, entonces la vacuna no le costará nada.

Estas son tres formas comunes en las que usted podría recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare y se la aplican en una farmacia de la red.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para personas adultas, usted no pagará nada.
 - Para otras vacunas de la Parte D, usted paga un copago por la vacuna.
2. Recibe la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio del médico, y el médico se la aplica.
 - Paga un copago al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan cubre el costo de aplicarle la inyección.
 - El personal del consultorio del médico debería llamar a nuestro plan en esta situación para asegurarnos de que sepan que usted solo tiene que pagar un copago por la vacuna.
3. Recibe el medicamento de la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y lo lleva al consultorio del médico para que se la apliquen.
 - Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para personas adultas, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Para otras vacunas de la Parte D, usted paga un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan cubre el costo de aplicarle la inyección.

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

Introducción

En este capítulo se explica cómo y cuándo enviarnos una factura para solicitar el pago. También se indica cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Índice

Para guiarse para encontrar información, consulte la siguiente lista detallada de temas.

Capítulo 7	Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos	101
A.	Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos	102
B.	Envío de una solicitud de pago	104
C.	Decisiones de cobertura	104
D.	Apelaciones	105

A. Cómo pedirnos que paguemos por sus servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos después de que usted los reciba. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP) le facturen por estos servicios o medicamentos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y se le protege de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B de este capítulo.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más de su parte del costo, tiene el derecho a recibir un reembolso.
 - Si pagó por los servicios cubiertos por Medicare, le reembolsamos.
 - Si pagó por los servicios cubiertos por STAR+PLUS, no podemos reembolsarle, pero el proveedor lo hará. El equipo de Servicios para Miembros o el coordinador de servicios pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte la parte inferior de la página para obtener el número de teléfono de Servicios para Miembros.
- Si no cubrimos los servicios o los medicamentos, se lo haremos saber.

Comuníquese con Servicios para Miembros o con el coordinador de servicios si tiene alguna pregunta. Si usted no sabe cuánto debería haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer al respecto, nosotros podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Algunos ejemplos de ocasiones en las que podría tener que pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que haya recibido incluyen:

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o urgente de un proveedor fuera de la red.

Pídale al proveedor que nos envíe la factura.

- Si paga el importe total al recibir la atención, pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor que le exige un pago que considera que no debe. Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se le debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más de su parte del costo por el servicio de Medicare, calculamos cuánto debía y le reembolsamos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores dentro de la red siempre deben enviarnos la factura. Es importante que muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba cualquier servicio o receta. Pero a veces cometen errores y le piden que pague por sus servicios o más de su parte de los costos. **Llame a Servicios para Miembros** o al coordinador de servicios al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) **si recibe alguna factura.**

- Como miembro del plan, solo paga el copago cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le cobren más de este importe. Esto es cierto incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobró por un servicio. Incluso si decidimos no pagar por algunos cargos, usted todavía no los paga.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que considere que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema.

- Si ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago realizado. Le reembolsaremos por sus servicios cubiertos o por la diferencia entre el importe que pagó y el importe que debió haber pagado según nuestro plan.

3. Si se afilió retroactivamente a nuestro plan

A veces la inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que el primer día de la afiliación ya pasó. Es posible que incluso fuera el año pasado).

- Si se afilió retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos.
- Envíenos la factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado.

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

Si utiliza una farmacia fuera de la red, paga el costo total de la receta.

- En solo unos pocos casos, cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia de su recibo cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el importe que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de la receta de la Parte D de Medicare porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro consigo

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro consigo, puede pedirle al personal de la farmacia que se comunique con nosotros o busque la información de su inscripción al plan.

- Si la farmacia no obtiene la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta o que deba regresar a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

6. Cuando paga el costo total de la Parte D de Medicare por un medicamento que no está cubierto

Puede que pague el costo total de la receta porque el medicamento no está cubierto.

- El medicamento puede no estar en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)* en nuestra página web, o puede tener un requisito o restricción que no conoce o que considera que no le corresponde. Si decide obtener el medicamento, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no paga por el medicamento, pero considera que debemos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*).
 - Si usted y el médico u otro profesional que emite recetas consideran que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*).
- Envíenos una copia de su recibo cuando nos solicite el reembolso. En algunos casos, es posible que debamos obtener más información de su médico u otro profesional que emite recetas para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado para la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la evaluamos y decidimos si el servicio o el medicamento debe ser cubierto. Esto se llama tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o el medicamento debe ser cubierto, pagamos nuestra parte del costo de este.

Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*.

B. Envío de una solicitud de pago

Envíenos su factura y el comprobante de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Una buena práctica es hacer una copia de las facturas y los recibos para sus registros.** Puede pedirle ayuda al coordinador de servicios. Debe enviarnos la información dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos proporcione toda la información que necesitamos para decidir, puede completar nuestro formulario de reclamo para solicitar el pago.

- No es obligatorio usar el formulario, pero nos ayuda a procesar la información más rápido.
- Puede obtener el formulario en nuestra página web CommunityFirstMedicare.com o llamar a Servicios para Miembros y pedirlo.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a esta dirección:

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

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos el importe de dinero, si corresponde, que usted debe pagar.

- Le notificaremos si necesitamos más información de su parte.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento y usted siguió todas las normas para obtenerlo, pagaremos nuestra parte del costo de este. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por nuestra parte del costo por correo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no se le reembolse la totalidad del importe que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó fue mayor que nuestro precio negociado). Si no pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

En el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* se explican las normas para cubrir los servicios. En el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* se explican las reglas para que los medicamentos de la Parte D de Medicare estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. En la carta también se explican sus derechos para presentar una apelación.
- Para saber más sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con el importe que pagamos.

El proceso formal de apelación tiene procedimientos y plazos detallados. Para saber más sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*:

- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre el reembolso de un medicamento, consulte la **Sección G**.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Índice

Para guiarse para encontrar información, consulte la siguiente lista detallada de temas.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades	106
A. El derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a las necesidades	107
B. Nuestra responsabilidad de que tenga acceso oportuno a servicios y medicamentos cubiertos	107
C. Nuestra responsabilidad de proteger la información médica personal (PHI)	108
C1. Cómo protegemos su PHI	108
C2. El derecho a consultar sus registros médicos	108
D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	108
E. Imposibilidad de los proveedores de la red para facturarle directamente	109
F. El derecho a abandonar nuestro plan	109
G. El derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	110
G1. El derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones	110
G2. El derecho a expresar lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones sobre su atención médica	110
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	111
H. El derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	111
H1. Qué hacer ante el trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos	111
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	112

A. El derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a las necesidades

Debemos garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le proporcionen de manera culturalmente competente y accesible, incluso para quienes tienen un dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o personas con diversos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entenderlos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan. Tiene derecho a recibir un trato respetuoso, digno, privado y confidencial, y a no sufrir discriminación. Su atención, color, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad, estado de salud, necesidad de servicios de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, pruebas de asegurabilidad o ubicación geográfica no afectarán la forma en que nuestro plan, los proveedores o el personal le traten.

- Para obtener información de una forma que pueda entender, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios gratuitos de intérpretes para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos al inglés, incluido el español, en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Community First Health Plans a 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, TX 78249

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o a una discapacidad y quiere presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- la Oficina de Derechos Civiles de Texas al 1-888-388-6332.
- la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de que tenga acceso oportuno a servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro del plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de nuestra red. Un proveedor dentro de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como médico de atención primaria y cómo elegir uno en el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*.
 - Llame al coordinador de servicios o a los Servicios para Miembros, o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para informarse más sobre los proveedores de la red y qué médicos aceptan nuevos pacientes.
- Tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer sin necesidad de una derivación. Una derivación es la aprobación de su PCP para utilizar un proveedor que no sea su médico de atención primaria.
- Tiene derecho a obtener servicios cubiertos por parte de proveedores dentro de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos por parte de especialistas.
 - Si no puede acceder a los servicios en un plazo razonable, debemos pagar la atención fuera de la red.
- Tiene derecho a recibir servicios de emergencia o atención urgentemente necesaria sin autorización previa (PA).
- Tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largos retrasos.
- Tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para informarse sobre proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro*.

En el Capítulo 9 de este *Manual del miembro* se explica qué se puede hacer si considera que no está recibiendo los servicios o medicamentos en un plazo razonable. También se indica qué se puede hacer si se deniega la cobertura para los servicios o medicamentos y no está de acuerdo con la decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger la información médica personal (PHI)

Protegemos su información médica personal (PHI) según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que nos proporcionó al inscribirse en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Tiene derechos en lo que respecta a su información y al control de cómo se utiliza su PHI. Le entregamos un aviso por escrito en el que se detallan estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se denomina “Aviso de prácticas de privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise ni modifique sus registros.

Salvo en los casos mencionados a continuación, no entregamos su PHI a nadie que no preste atención o pague por ella. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar permiso por escrito.

A veces no necesitamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones están permitidas o requeridas por ley:

- Debemos facilitar la PHI a las agencias gubernamentales que revisen la calidad de la atención de nuestro plan.
- Debemos entregar la PHI por orden judicial.
- Debemos proporcionar a Medicare su PHI, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su PHI para investigación u otros fines, lo hace según las leyes federales.

C2. El derecho a consultar sus registros médicos

- Tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de estos.
- Tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos lo pide, trabajamos con el proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse cambios.
- Tiene derecho a saber si compartimos su PHI con otras personas y cómo lo hacemos para cualquier propósito que no sea rutinario.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su PHI, llame a Servicios para Miembros.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a obtener información de nuestra parte sobre nuestro plan, nuestros proveedores de red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, contamos con servicios de intérpretes para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para conseguir un intérprete, llame a Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito. Nuestro plan puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, incluido el español. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o audio.

Si desea información sobre cualquiera de los siguientes temas, llame a Servicios para Miembros:

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, que incluye:
 - información financiera
 - cómo nos valoran los miembros del plan
 - el número de apelaciones realizadas por los miembros
 - cómo dejar nuestro plan
- Nuestros proveedores de la red y nuestras farmacias de la red, que incluye:
 - cómo elegir o cambiar de proveedor de atención primaria
 - calificaciones de nuestros proveedores y farmacias de la red
 - cómo pagamos a los proveedores de nuestra red
- Servicios y medicamentos cubiertos, incluidos:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del miembro*) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del miembro*) cubiertos por nuestro plan
 - límites de la cobertura y los medicamentos
 - normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro*), que incluye pedirnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiemos una decisión que tomamos
 - paguemos una factura que recibió

E. Imposibilidad de los proveedores de la red para facturarle directamente

Los médicos, los hospitales y los demás proveedores de nuestra red no pueden obligarle a pagar por los servicios cubiertos. Tampoco pueden cobrarle la diferencia ni exigirle un pago si nosotros pagamos menos que el importe que cobra el proveedor. Para saber qué debe hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por los servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.

F. El derecho a abandonar nuestro plan

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a recibir la mayor parte de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del miembro*:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede unirse a un nuevo plan de MA o de beneficios para medicamentos.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios STAR+PLUS si abandona nuestro plan.

G. El derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones sobre su atención médica.

G1. El derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle la afección y las opciones de tratamiento de una manera que pueda entenderlas. Tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento. Tiene derecho a participar activamente con sus proveedores en la toma de decisiones sobre su atención médica y en el establecimiento de objetivos de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo implicado. Debemos informarle con antelación si algún servicio o tratamiento forma parte de un experimento de investigación. Tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Buscar una segunda opinión.** Tiene derecho a consultar a otro médico antes de decidir el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento con receta, no se le dará de baja de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, acepta toda la responsabilidad de lo que le ocurra.
- **Pedirnos que le expliquemos por qué un proveedor denegó la atención.** Tiene derecho a que le expliquemos si un proveedor denegó la atención que cree que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que hayamos denegado o que normalmente no cubrimos.** Esto se llama decisión de cobertura. **En el Capítulo 9** de este *Manual del miembro* se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. El derecho a expresar lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones sobre su atención médica

A veces las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí mismas. Antes de que eso le ocurra, puede hacer lo siguiente:

- Rellenar un formulario escrito que **otorgue a otra persona el derecho a tomar decisiones sobre su atención médica** si alguna vez no puede hacerlo por su cuenta.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo gestionar su atención médica si no puede tomar decisiones por su cuenta, incluida la atención que **no** desea.

El documento legal que utilice para dar sus indicaciones se denomina “directiva anticipada”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y distintos nombres para ellas. Algunos ejemplos son el testamento vital y el poder notarial para la atención médica.

No tiene la obligación de tener una directiva anticipada, pero sí puede tenerla. Esto es lo que debe hacer si quiere usar una directiva anticipada:

- **Consiga el formulario.** Puede conseguir el formulario por medio de su médico, un abogado, un trabajador social o alguna tienda de material de oficina. Las farmacias y los consultorios de los proveedores suelen disponer de los formularios. Puede encontrar un formulario gratuito en línea y descargarlo. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar el formulario.
- **Rellene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado u otra persona de confianza, como un familiar o su médico de atención primaria, le ayude a completarlo.

- **Entregue copias del formulario a quienes deban saberlo.** Entregue una copia del formulario a su médico. También debe entregar una copia a la persona que nombre para que tome decisiones por usted si no puede hacerlo. Puede entregar copias a amistades cercanas o familiares. Conserve una copia en casa.
- Si se le ingresará a internación y tiene una directiva anticipada firmada, **lleve una copia al hospital.**
 - El hospital le preguntará si tiene un formulario de directiva anticipada firmado y si lo lleva consigo.
 - Si no cuenta con un formulario de directiva anticipada firmado, el hospital dispone de formularios y le preguntará si desea firmar uno.

Tiene derecho a lo siguiente:

- Solicitar que su directiva anticipada se incorpore a sus registros médicos.
- Modificar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.

Por ley, nadie puede negarle la atención médica ni discriminarle en función de si firmó una directiva anticipada. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Unidad de Registro de Quejas e Incidentes de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Para informar de quejas, llame al 800-458-9858 de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., envíe un correo electrónico a hfc.complaints@hhs.texas.gov o visite la página web de la Unidad de Registro de Quejas e Incidentes de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/complaint-incident-intake).

H. El derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* se explica qué puede hacer si tiene algún problema o alguna inquietud sobre los servicios o la atención cubiertos. Por ejemplo, puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura, que presentemos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja.

Tiene derecho a solicitar una Audiencia Justa Estatal y, cuando esté disponible, una Revisión Médica Externa si no está de acuerdo con ciertas decisiones de cobertura. Tiene derecho a obtener información sobre apelaciones y quejas que otros miembros del plan hayan presentado en nuestra contra. Llame a Servicios para Miembros para obtener esta información.

H1. Qué hacer ante el trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si considera que le tratamos injustamente y **no** se trata de discriminación por los motivos incluidos en el **Capítulo 11** de este *Manual del miembro*, o si desea más información sobre sus derechos, puede llamar a:

- Servicios para Miembros.
- Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) de Texas: 800-252-9240. Para obtener más detalles sobre el HICAP, consulte el **Capítulo 2**.
- La Oficina del Defensor del Pueblo de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-866-566-8989. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro*.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede consultar o descargar "Derechos y protecciones en Medicare", que se encuentra en la página web de Medicare en [Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf](https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)).

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CommunityFirstMedicare.com.

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Leer este *Manual del miembro*** para conocer qué cubre nuestro plan y las normas a seguir para obtener servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener más detalles sobre:
 - los servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del miembro*. En esos capítulos se indica qué está cubierto, qué no, qué normas debe seguir y cuánto debe pagar.
 - los medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del miembro*.
- **Informar sobre cualquier otra cobertura** de salud o de medicamentos que tenga. Debemos asegurarnos de que utilice todas las opciones de cobertura cuando reciba atención médica. Llame a Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informar a su médico y a otros proveedores de atención médica** de que es miembro de nuestro plan. Muestre su tarjeta de identificación de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a ofrecerle la mejor atención posible.
 - Suministre la información que necesiten sobre usted y su salud. Infórmese todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que acuerde con sus proveedores.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores conozcan todos los medicamentos que toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que pueda comprender. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Actuar con consideración.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que actúe con respeto en el consultorio del médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de realizar estos pagos:
 - Primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros del plan Community First Medicare Advantage Bexar Dual Plan (HMO D-SNP), STAR+PLUS paga su prima de la Parte A de Medicare y su prima de la Parte B de Medicare.
 - Para algunos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el medicamento. Esto consistirá en un copago (un importe fijo). **En el Capítulo 6** se indica cuánto debe pagar por los medicamentos.
 - **Si recibe servicios o medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total.** (**Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación).
- **Informarnos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame al coordinador de servicios o a Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no podrá continuar en nuestro plan.** Solo las personas que residen en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. **En el Capítulo 1** de este *Manual del miembro* se detalla la información sobre nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a saber si se muda fuera de nuestra área de servicio. Durante un periodo especial de inscripción, puede cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación. Podemos indicarle si contamos con un plan en la nueva zona.
 - Informe a Medicare y a STAR+PLUS su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para conocer los números de teléfono de Medicare y STAR+PLUS.
 - **Si se muda y permanece en nuestra área de servicio, de todos modos necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - **Si se muda, avise a la Seguridad Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**
- **Llame al coordinador de servicios o a Servicios para Miembros para solicitar asistencia si tiene preguntas o dudas.**

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber qué hacer en caso de:

- Tener un problema o una queja sobre nuestro plan.
- Necesitar un servicio, artículo o medicamento que nuestro plan indique que no cubrirá.
- No estar de acuerdo con una decisión que tomó nuestro plan sobre su atención.
- Creer que sus servicios cubiertos terminan demasiado pronto.

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que busca. **Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación.**

Debe recibir la atención médica, los medicamentos y los servicios y apoyos a largo plazo que su médico y otros proveedores consideren necesarios para su atención como parte de su plan de atención. **Si tiene algún problema con la atención o con los Servicios y Apoyos a Largo Plazo, puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo de la HHS al 1-866-566-8989 para solicitar asistencia.** En este capítulo se explican las opciones que tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo de la HHS para que le ayude a resolver el problema.

Para obtener recursos adicionales que puedan abordar sus inquietudes y las formas de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2** para obtener más información sobre los programas de defensores del pueblo.

Índice

Para guiarse para encontrar información, consulte la siguiente lista detallada de temas.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	113
A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	115
A1. Acerca de los términos legales	115
B. Dónde buscar ayuda	115
B1. Para obtener más información y asistencia	115
C. Comprensión de las quejas y apelaciones de Medicare y STAR+PLUS en nuestro plan	116
D. Problemas con los beneficios	116
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	117
E1. Decisiones de cobertura	117
E2. Apelaciones	117
E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones	118
E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarlo	118
F. Atención médica	118
F1. Uso de esta sección	119
F2. Solicitud de una decisión de cobertura	119
F3. Presentación de una apelación de Nivel 1	121
F4. Presentación de una apelación de Nivel 2	123
F5. Problemas de pago	126
G. Medicamentos de la Parte D de Medicare	127
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare	127
G2. Excepciones de la Parte D de Medicare	128
G3. Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de una excepción	129
G4. Solicitud de una decisión de cobertura, incluida una excepción	129
G5. Presentación de una apelación de Nivel 1	131
G6. Presentación de una apelación de Nivel 2	133
H. Solicitud para que cubramos una hospitalización más larga	134
H1. Conozca sus derechos de Medicare	134
H2. Presentación de una apelación de Nivel 1	135
H3. Presentación de una apelación de Nivel 2	136
I. Solicitud para que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos	137
I1. Aviso previo antes de que finalice la cobertura	137
I2. Presentación de una apelación de Nivel 1	137
I3. Presentación de una apelación de Nivel 2	138
J. Elevar la apelación más allá del Nivel 2	139
J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare	139
J2. Apelaciones adicionales de STAR+PLUS	140
J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare	140
K. Cómo presentar una queja	142
K1. Qué tipo de problemas deberían ser quejas	142
K2. Quejas internas	143
K3. Quejas externas	143

A. Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explica cómo manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Utilice un proceso para las **decisiones de cobertura y las apelaciones**, y otro para **presentar quejas** (también llamadas reclamaciones).

Para garantizar la equidad y la puntualidad, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que tanto nosotros como usted debemos seguir.

A1. Acerca de los términos legales

Existen términos legales en este capítulo para algunas normas y plazos. Muchos de estos términos pueden resultar difíciles de comprender, por lo cual empleamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. Usamos las abreviaturas lo menos posible.

Por ejemplo, decimos:

- “presentar una queja” en lugar de “presentar una reclamación”;
- “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgo” o “determinación de cobertura”;
- “decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación acelerada”;
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRE).

Conocer los términos legales adecuados puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también los proporcionamos.

B. Dónde buscar ayuda

B1. Para obtener más información y asistencia

A veces es confuso empezar o seguir el proceso para resolver un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se encuentra bien o tiene poca energía. Otras veces, es posible que no tenga la información necesaria para dar el siguiente paso.

Ayuda de nuestro plan

Puede llamar a nuestro plan al 1-833-434-2347 para que le ayuden a resolver un problema o que respondan sus preguntas.

Ayuda del Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP).

También puede obtener ayuda del HICAP llamando al 1-800-252-3439. Además, puede consultar la página web en shiphelp.org/ships/texas. Los asesores del HICAP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a entender qué hacer respecto a su problema. El HICAP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. El HICAP cuenta con personal de orientación capacitado en todos los condados, y los servicios son gratuitos.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asistencia, puede comunicarse con Medicare. Otras dos formas de obtener ayuda de Medicare son:

- Llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visitar la página web de Medicare (Medicare.gov).

Ayuda e información de STAR+PLUS

Si necesita asistencia con los servicios de Medicaid STAR+PLUS, comuníquese con:

La línea directa para clientes de Medicaid de Texas.

- Llame al 1-800-252-8263. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1 o a Relay Texas (servicio de retransmisión de telecomunicaciones de Texas).
- Visite la página web de la HHSC en hhs.texas.gov

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), para revisiones de apelaciones de Medicare:

- Llame a Acentra Health, la Organización para la Mejora de la Calidad Centrada en el Beneficiario y la Familia (Beneficiary and Family Centered Care–Quality Improvement Organization, BFCC-QIO) de Texas: 1-888-315-0636.
- Visite la página web de Acentra Health en acentra.com

Oficina del Defensor del Pueblo de la HHS de Texas, para solicitar asistencia con quejas o resolución de problemas.

- Llame al 1-866-566-8989; los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1 o a Relay Texas.
- Visite la página web de la Oficina del Defensor del Pueblo de la HHS en hhs.texas.gov/services/your-rights/hhs-office-ombudsman

C. Comprensión de las quejas y apelaciones de Medicare y STAR+PLUS en nuestro plan

Tiene Medicare y STAR+PLUS. La información de este capítulo se aplica a **todos** los beneficios de Medicare y STAR+PLUS. A veces se le llama “proceso integrado” porque combina o integra los procesos de Medicare y STAR+PLUS.

A veces, los procesos de Medicare y STAR+PLUS no pueden combinarse. En esas situaciones, se utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro para un beneficio de STAR+PLUS. **En la Sección F4** se explican estas situaciones.

D. Problemas con los beneficios

Si tiene algún problema o inquietud, lea las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente tabla resulta útil para encontrar la sección adecuada de este capítulo si tiene problemas o quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre los beneficios o la cobertura?	
Esto incluye problemas sobre si cierta atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que se cubre y problemas con el pago de la atención médica.	
Sí. Mi problema es con los beneficios o la cobertura. Consulte la Sección E , “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	No. Mi problema no es con los beneficios ni la cobertura. Consulte la Sección K , “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación trata sobre problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **atención médica**. Utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para cuestiones como si algo está cubierto o no y la forma en que se cubre.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el importe que pagamos por los servicios médicos o los medicamentos. Por ejemplo, si el proveedor de la red de su plan le deriva a un especialista médico fuera de la red, esta derivación se considera una decisión favorable a menos que el proveedor de su red pueda demostrar que recibió un aviso estándar de denegación para este especialista médico, o bien que el servicio derivado nunca esté cubierto bajo ninguna circunstancia (consulte la **Sección H** del **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión sobre la cobertura. Usted o su médico pueden no saber si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a proporcionar la atención médica que considera necesaria. **Si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que Medicare o STAR+PLUS no cubren un servicio o medicamento para usted, o que ya no lo cubren. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y no está de acuerdo con ella, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

Cuando apele una decisión por primera vez, esto se denominará apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos correctamente todas las normas. Diferentes revisores de los que tomaron la decisión desfavorable original gestionarán su apelación.

Cuando terminemos la revisión, le daremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, explicadas más adelante en este capítulo (**Sección F3**: "Presentación de una apelación de Nivel 1"), puede solicitar una decisión de cobertura rápida o una "apelación rápida" de una decisión de cobertura.

Si decimos que **no** a parte o a todo lo que pidió, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de una atención médica de Medicare, en la carta le informaremos de que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o STAR+PLUS, en la carta le indicaremos cómo presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por STAR+PLUS, en la carta le proporcionaremos información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si no está de acuerdo con la decisión de apelación de Nivel 2, es posible que pueda recurrir a otros niveles de apelación.

E3. Ayuda con decisiones de cobertura y apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de las siguientes entidades:

- **Servicios para Miembros** llamando al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP)**. El número de teléfono del HICAP es 1-800-252-3439.
- **La Oficina del Defensor del Pueblo de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Texas**. La Oficina del Defensor del Pueblo de la HHS ayuda a las personas inscritas en STAR+PLUS con problemas de servicio o facturación. El número de teléfono es 1-866-566-8989.
- **Su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor puede solicitar una decisión de cobertura o apelar en su nombre.
- **Una amistad o un familiar**. Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” y solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Un abogado**. Tiene derecho a un abogado, pero **no tiene la obligación de contar con uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado o solicite el nombre de un abogado en el colegio de abogados local u otro servicio de recomendación. Algunos grupos jurídicos le ofrecerán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos.

Rellene el formulario de Nombramiento de representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario le otorga a otra persona el permiso para actuar en su nombre.

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”. También puede obtener el formulario a través de cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene normas y plazos diferentes. Proporcionamos los detalles de cada una en una sección separada de este capítulo. Consulte la sección correspondiente:

- **Sección F:** “Atención médica”
- **Sección G:** “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H:** “Solicitud para que cubramos una hospitalización más larga”
- **Sección I:** “Solicitud para que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos” (esta sección solo se aplica a estos servicios: atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios en centros de rehabilitación ambulatoria integral [CORF]).

Si no sabe qué sección consultar, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

F. Atención médica

En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura médica o si quiere que le devolvamos el dinero por la atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios para la atención médica que se describe en la Tabla de beneficios del **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*. En algunos casos, pueden aplicarse normas diferentes a un medicamento de la Parte B de Medicare. Cuando es así, explicamos cómo las normas para medicamentos de la Parte B de Medicare difieren de las normas para servicios y artículos médicos.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CommunityFirstMedicare.com.

F1. Uso de esta sección

En esta sección se explica qué puede hacer en cualquiera de las cinco siguientes situaciones:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

Lo que puede hacer: puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted considera que deberíamos hacerlo.

Lo que puede hacer: puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Usted recibió atención médica que considera que cubrimos, pero no pagaremos.

Lo que puede hacer: puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Usted recibió y pagó la atención médica que consideraba que cubríamos, y quiere que le devolvamos el dinero.

Lo que puede hacer: puede pedirnos que le devolvamos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o suspendimos su cobertura para ciertos servicios médicos, y considera que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: puede apelar nuestra decisión de reducir o suspender la atención médica. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, cuidados en centros de enfermería especializada o servicios del CORF, se aplican normas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para cualquier otra situación que implique reducir o suspender la cobertura para ciertos servicios médicos, utilice esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Solicitud de una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura implica su atención médica, se denomina **decisión integrada de la organización**.

Usted, su médico o su representante pueden pedirnos una decisión de cobertura de las siguientes maneras:

- Por teléfono: llamando al 210-358-6050 TTY: 711 1-833-434-2347.
- Por fax: al 210-358-6040.
- Por correo postal: Authorization Department, 12238 Silicon Drive, Suite 100, San Antonio, TX 78249

Decisión sobre la cobertura estándar

Cuando le damos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar” a menos que acordemos usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta dentro de:

- **Tres días hábiles después de obtener toda la información necesaria para tomar una decisión sobre un servicio o artículo cubierto que requiere autorización.**
- **72 horas** después de recibir su solicitud de un **medicamento de la Parte B de Medicare**.

Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días naturales más si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si tardamos días adicionales en tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. **No podemos tomar días adicionales si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida” **sobre** nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

Términos legales

El término legal para una decisión de cobertura rápida es **determinación acelerada**.

Cuando nos pida que tomemos una decisión sobre su cobertura médica y su salud requiera una respuesta rápida, pídanos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta dentro de:

- **72 horas** después de recibir su solicitud **de un servicio médico o artículo**.
- **24 horas** después de recibir su solicitud de un **medicamento de la Parte B de Medicare**.

Para un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días naturales más si encontramos que falta información que pueda beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si necesita tiempo para proporcionarnos información para la revisión. Si tardamos días adicionales en tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. **No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si considera que **no deberíamos** tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Está pidiendo cobertura para artículos o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Cumplir con los plazos estándar **podría causar graves daños a su salud** o perjudicar su capacidad para funcionar.

Le otorgamos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico nos indica que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el respaldo de su médico, decidiremos si obtiene una decisión de cobertura rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta que así lo indica y utilizamos los plazos estándar en su lugar. En la carta se incluye lo siguiente:
 - Le otorgamos automáticamente una decisión de cobertura rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le decimos que no a la parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta explicándole los motivos.

- Si decimos que **no**, tiene derecho a apelar. Si considera que se cometió un error, presentar una apelación es una forma formal de pedir que se revise la decisión y se cambie.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas se puede desestimar la solicitud de decisión sobre la cobertura, lo que significa que no se revisará la solicitud. Ejemplos de cuándo se desestima una solicitud:

- si la solicitud está incompleta;
- si alguien hace la solicitud en su nombre, pero carece de la autorización legal correspondiente; o
- si solicita que se retire la solicitud.

Si se desestima una solicitud de decisión sobre la cobertura, se le envía un aviso que explica por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de esta. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se describen en la siguiente sección.

F3. Presentación de una apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación relacionada con un servicio o artículo denegado, o para continuar con un servicio o artículo que ya recibe, usted, su médico o su representante deben ponerse en contacto con nosotros. Llámenos al 1-833-434-2347.

Solicite una apelación estándar o rápida por escrito o llamándonos al 1-833-434-2347.

- Si su médico u otro profesional que emite recetas solicita continuar con un servicio o artículo que ya recibe durante la apelación, es posible que deba designarlo como su representante para que actúe en su nombre.
- Si alguien que no sea su médico presenta la apelación en su nombre, incluya un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarle. Puede obtener el formulario visitando cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Se puede aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no se comienza ni se completa la revisión hasta que se recibe. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre la apelación:
 - desestimamos la solicitud; y
 - se le envía un aviso por escrito en el que se explica el derecho a pedir a la IRO que revise la decisión de desestimar la apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días naturales siguientes a la fecha indicada en la carta que le enviamos para informarle de nuestra decisión.
- Si pasa por alto el plazo y cuenta con un buen motivo para ello, podemos concederle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son haber tenido una enfermedad grave o haber recibido información errónea sobre la fecha límite. Explique por qué se presenta la apelación fuera de plazo al momento de presentarla.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden proporcionarnos más información para respaldar la apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Términos legales

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

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le otorgamos automáticamente una apelación rápida si su médico nos indica que su salud lo requiere. Si lo solicita sin el respaldo de su médico, decidiremos si obtiene una apelación rápida.

- Si decidimos que su salud no cumple con los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta que así lo indica y utilizamos los plazos estándar en su lugar. En la carta se incluye lo siguiente:
 - Le otorgamos automáticamente una apelación rápida si su médico la solicita.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de otorgarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le decimos que vamos a suspender o reducir los servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda continuar recibiendo dichos servicios o artículos durante la apelación.

- Si decidimos cambiar o cancelar la cobertura de un servicio o artículo que recibe, le enviamos un aviso antes de actuar.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación de Nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha indicada en nuestra carta o antes de la fecha de entrada en vigor prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con este plazo, recibirá el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o elementos (que no sean objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de esas fechas, su servicio o artículo no se mantendrá mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, analizamos nuevamente con atención toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Comprobamos si seguimos todas las normas cuando dijimos que **no** a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Podemos ponernos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 72 horas tras recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere. Si denegamos una apelación rápida, le daremos a usted, a su médico, al profesional que emite recetas o a su representante una confirmación verbal de la denegación.
- Si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días extra para tomar la decisión, se lo comunicamos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B, no podemos tardar más tiempo para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas o antes de que terminen los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Una IRO la revisa en ese caso. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le hablaremos de esta organización y explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es la cobertura de un servicio o artículo de STAR+PLUS, usted puede presentar una Audiencia Justa de Nivel 2 ante Texas por su cuenta tan pronto como expire el plazo. En Texas, una Audiencia Justa se denomina apelación de Nivel 2.
- **Si decimos que sí a la parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si decimos que no a la parte o a la totalidad de su solicitud**, enviamos su apelación a la IRO para una apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 30 días naturales** después de recibir su apelación para cubrir servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare que no recibió, le damos nuestra respuesta en un **plazo de siete días naturales** tras recibir su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días extra para tomar la decisión, se lo comunicamos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B, no podemos tardar más tiempo para tomar la decisión.
 - Si considera que **no deberíamos** tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite o al final de los días adicionales que tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Una IRO la revisa en ese caso. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación. Más adelante en este capítulo, le hablaremos de esta organización y explicaremos el proceso de apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o artículo STAR+PLUS, puede solicitar una apelación de Nivel 2 (conocida como Audiencia Justa) en la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. En la carta se le explicará cómo hacerlo. También hay información a continuación.

Si decimos que sí a la parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 30 días naturales, o en un **plazo de siete días naturales** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.

Si decimos que **no** a la parte o a la totalidad de su solicitud, usted **tiene derechos adicionales de apelación**:

- Si decimos que **no** a la parte o a la totalidad de lo que solicitó, le enviamos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, en la carta se indica que enviamos su caso a la IRO para una apelación de Nivel 2. La IRO le notificará por escrito cuando reciba su apelación.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo STAR+PLUS, en la carta se explica cómo presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta.

F4. Presentación de una apelación de Nivel 2

Si decidimos que **no** a la parte o a la totalidad de su apelación de Nivel 1, le enviamos una carta. En esta carta se indica si Medicare, STAR+PLUS o ambos programas suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare suele cubrir, enviamos automáticamente su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como se complete la apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que STAR+PLUS suele cubrir, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. En la carta se explica cómo hacerlo. También incluimos más información más adelante en este capítulo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **tanto Medicare como STAR+PLUS** pueden cubrir, obtiene automáticamente una apelación de Nivel 2 con la IRO. También puede solicitar una Audiencia Justa ante la HHSC.

Si calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento en apelación también pueden continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que normalmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 con la IRO.
- Si su problema es sobre un servicio que normalmente solo cubre STAR+PLUS, sus beneficios por ese servicio continúan si presenta una apelación de Nivel 2 dentro de los diez días naturales posteriores a recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare normalmente cubre

La IRO revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

Términos legales

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **la Entidad de Revisión Independiente**, a veces llamada **IRE**.

- Esta organización no está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la empresa como IRO y supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente de caso”) a esta organización. Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente.
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la IRO para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO revisan detenidamente toda la información relacionada con la apelación.

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

- Si tuvo una apelación rápida con nosotros en el Nivel 1, obtiene automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** desde que la reciba.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días naturales más**. La IRO no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también cuenta con una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si tuvo una apelación estándar con nosotros en el Nivel 1, automáticamente recibe una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 30 días naturales** desde que la presente.
- Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare, la IRO debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de siete días naturales** desde que la presente.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la IRO necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días naturales más**. La IRO no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B de Medicare.

La IRO le da su respuesta por escrito y explica los motivos.

- **Si la IRO decide a favor de parte o de 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** tras recibir la decisión de la IRO para **las solicitudes estándar**, o
 - proporciona el servicio en un **plazo de 72 horas** desde la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **las solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO dice que sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:
 - **dentro de las 72 horas** siguientes a la decisión de la IRO sobre **solicitudes estándar**; o
 - **dentro de las 24 horas** siguientes a la fecha en que recibamos la decisión de la IRO para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la IRO dice que no a la parte o a la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (ni parte de ella) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar la apelación”.
 - Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con la apelación.
 - Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones tras el Nivel 2, para un total de cinco niveles.
 - Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y cumple los requisitos para continuar el proceso de apelación, debe decidir si pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe tras su apelación de Nivel 2.
 - Un juez de derecho administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado adjudicador gestiona una apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que STAR+PLUS normalmente cubre, o que está cubierto tanto por Medicare como por STAR+PLUS

Una apelación de Nivel 2 para los servicios que normalmente cubre STAR+PLUS consiste en una Audiencia Justa Estatal ante el Departamento de Audiencias Justas de la HHSC de Texas. Debe solicitar una Audiencia Justa Estatal por escrito o por teléfono **dentro de los 120 días naturales** siguientes a la fecha en que enviamos la carta de decisión sobre su apelación de Nivel 1. En la carta que le enviamos se indica dónde presentar la solicitud para una Audiencia Justa Estatal.

El Oficial de Audiencias Justas del Estado le da su decisión por escrito y explica los motivos.

- Si el Oficial de Audiencias Justas del Estado dice que **sí** a la parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar dicho servicio o artículo en un **plazo de 72 horas** tras recibir su decisión.
- Si el Oficial de Audiencias Justas del Estado dice que **no** a la parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (ni parte de ella) para cubrir el servicio o artículo solicitado. Esto se denomina “mantener la decisión”.

Si la decisión del Oficial de Audiencias Justas del Estado es **no** para parte o la totalidad de su solicitud, puede solicitar una Revisión Administrativa en un plazo de 30 días desde la fecha de la decisión. La decisión del Oficial de Audiencias Justas describe cómo solicitar una Revisión Administrativa. Una Revisión Administrativa la realiza un juez de derecho administrativo de la División de Apelaciones de la HHSC de Texas.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre sus derechos de apelación tras la apelación de Nivel 2.

F5. Problemas de pago

No permitimos que nuestros proveedores de red le facturen por servicios y artículos cubiertos. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca tiene que pagar el saldo de ninguna factura. El único importe que se le debe pedir es el copago de los medicamentos con receta cubiertos y cualquier costo compartido correspondiente al socio según el plan.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, háganosla llegar. No pague la factura por su cuenta. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos encargaremos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de nuestro plan si sigue las normas para obtener servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*. En él se describen situaciones en las que puede necesitar pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También se indica cómo enviarnos la documentación que requiere el pago.

Si solicita un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo por el que pagó está cubierto y si cumplió con todas las normas para utilizar la cobertura.

- Si el servicio o artículo por el que pagó está cubierto y cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago por lo general en un plazo de 30 días naturales, pero a más tardar 60 días naturales después de que recibamos la solicitud.
- Si aún no pagó el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, esto equivale a **aprobar** su solicitud de decisión de cobertura.
- Si el servicio o artículo no está cubierto o no cumple con todas las normas, le enviaremos una carta en la que se le indicará que no pagaremos por el servicio o artículo y se le explicarán los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si solicita que le devolvamos el dinero, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días naturales tras recibir la apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **no** y **Medicare** normalmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le enviaremos una carta si esto ocurre.

- Si la IRO revoca nuestra decisión y dice que debemos pagarle, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es **sí** en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días naturales.
- Si la IRO dice que **no** a su apelación, significa que está de acuerdo en que no deberíamos aprobar su solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar la apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a la apelación es **no** y STAR+PLUS suele cubrir el servicio o el artículo, puede presentar una apelación de Nivel 2 por su cuenta. Consulte la **Sección F4** para obtener más información.

G. Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay algunos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre y que STAR+PLUS podría cubrir. **Esta sección solo se aplica a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Usaremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

Estos son algunos ejemplos de decisiones de cobertura que puede pedirnos que tomemos sobre los medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Pedirnos que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no esté en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan; o
 - dejemos sin efecto una restricción en nuestra cobertura para un medicamento (como límites en la cantidad que puede conseguir).
- Preguntarnos si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento figura en la *Lista de medicamentos* de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo).

NOTA: Si le informan en la farmacia que su receta no se puede surtir tal como se emitió, le entregarán un aviso por escrito donde se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Términos legales

Una decisión inicial de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se llama **“determinación de cobertura”**.

- Pedirnos que paguemos un medicamento que ya compró. Esto es pedir una decisión de cobertura sobre el pago. Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se explica tanto cómo solicitar decisiones de cobertura como cómo presentar una apelación. Utilice la tabla de abajo para ayudarle.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?			
Necesita un medicamento que no esté en nuestra <i>Lista de medicamentos</i> o que dejemos de lado una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra <i>Lista de medicamentos</i> y considera que cumple las normas o restricciones del plan (como obtener la aprobación anticipada) para el medicamento que necesita.	Desea pedirnos que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le dijimos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera que desea.
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).	Puede pedirnos una decisión sobre la cobertura.	Puede solicitarnos el reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura).	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que lo reconsideremos).
Comience por la Sección G2 , luego consulte las Secciones G3 y G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G5 .

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento como le gustaría, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro profesional que emite recetas debe explicarle las razones médicas por las que necesita dicha excepción.

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o la eliminación de una restricción sobre un medicamento a veces se denomina pedir una “**excepción al formulario**”.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina una **excepción de escalonamiento**.

Estos son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que emite recetas pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, usted paga el copago que se aplica a los medicamentos de Nivel 4 (medicamentos no preferidos).
- No puede obtener una excepción para el importe del copago requerido correspondiente al medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a determinados medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información).
- Las normas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Tener la obligación de usar la versión genérica de un medicamento en lugar del producto de marca.
 - Obtener nuestra aprobación previa antes de aceptar cubrir el medicamento para usted. Esto a veces se denomina “autorización previa (PA)”.
 - Tener que probar otro medicamento primero antes de aceptar cubrir el medicamento que solicita. Esto a veces se denomina “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, hay restricciones sobre la cantidad que puede consumir.
- Si aceptamos una excepción para usted y dejamos de lado una restricción, puede pedir una excepción al importe del copago que debe pagar.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Cada medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* está en uno de cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número del nivel de costo compartido, menor será el importe del copago requerido.

- Nuestra *Lista de medicamentos* suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se llaman medicamentos “alternativos”.
- Si un medicamento alternativo para su afección médica está en un nivel de costo compartido inferior al que toma, puede pedirnos que lo cubramos al importe de costo compartido del medicamento alternativo. Esto reduciría el importe del copago del medicamento.
- Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos con el importe de costo compartido del nivel más bajo para alternativas de productos biológicos para su afección.
- Si el medicamento que toma es de marca, puede pedirnos que lo cubramos con el importe de costo compartido del nivel más bajo para alternativas de marca para su afección.

- Si el medicamento que toma es genérico, puede pedirnos que lo cubramos con el importe de costo compartido del nivel más bajo, tanto para alternativas de marca como genéricas para su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de escalonamiento y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente paga el importe más bajo.

G3. Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de una excepción

Su médico u otro profesional que emite recetas debe explicarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que emite recetas debe proporcionarnos una declaración en la que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que emite recetas al solicitar la excepción.

Nuestra *Lista de medicamentos* suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estos se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobamos la solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de escalonamiento, generalmente **no** aprobamos la solicitud a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel o los niveles de costo compartido más bajo no funcionen tan bien para usted o es probable que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder que sí o que no a su solicitud.

- Si respondemos que **sí** a la solicitud de excepción, esta suele durar hasta el final del año natural. Esto es válido siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos que **no** a su solicitud de excepción, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si respondemos que **no**.

En la siguiente sección se explica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. Solicitud de una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea llamando al 1-833-434-2347, escribiendo por correo o enviándonos un fax. Usted, su representante, su médico u otro profesional que emite recetas pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro profesional que emite recetas) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como representante.
- No necesita dar permiso por escrito a su médico u otro profesional que emite recetas para pedir una decisión de cobertura en su nombre.
- Si quiere pedirnos el reembolso por un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del miembro*.
- Si pide una excepción, denos una “declaración de apoyo”. La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que emite recetas para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que emite recetas puede enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. También pueden decírnoslo por teléfono y luego enviar el extracto por fax o correo.

Si su salud lo requiere, pídanos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los plazos estándar a menos que acordemos usar los plazos rápidos.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta en un plazo de 72 horas después de obtener la declaración de apoyo de su médico u otro profesional que emite recetas.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta en un plazo de 24 horas tras recibir la declaración de apoyo de su médico u otro profesional que emite recetas.

Términos legales

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

Puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es para un medicamento que aún no consiguió. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró.
- Su salud o capacidad para funcionar se verían gravemente perjudicadas si aplicamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que emite recetas nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, estamos de acuerdo y se la entregamos. Le enviamos una carta que se lo indica.

- Si solicita una decisión de cobertura rápida sin el apoyo de su médico u otro profesional que emite recetas, nosotros decidimos si la obtiene.
- Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, utilizamos los plazos estándar.
 - Le enviamos una carta que se lo indica. En la carta también se indica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y recibir respuesta en un plazo de 24 horas. Para obtener más información sobre la presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 24 horas tras recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de obtener la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **sí** a la parte o a la totalidad de la solicitud, le damos la cobertura en un plazo de 24 horas después de recibir la solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si respondemos que **no** a la parte o a la totalidad de la solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explica cómo puede presentar una apelación.

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

- Si seguimos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la solicitud. Si solicita una excepción, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de obtener la declaración de apoyo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.

- Si decimos que **sí** a la parte o a la totalidad de la solicitud, le damos la cobertura en un plazo de 72 horas tras recibir la solicitud o la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si respondemos que **no** a la parte o a la totalidad de la solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explica cómo puede hacer una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales tras recibir la solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, enviamos la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una IRO.
- Si decimos que **sí** a la parte o a la totalidad de la solicitud, le devolvemos el dinero en un plazo de 14 días naturales.
- Si respondemos que **no** a la parte o a la totalidad de la solicitud, le enviamos una carta con los motivos. En la carta también se explica cómo puede hacer una apelación.

G5. Presentación de una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare se denomina “**redeterminación**” del plan.

- Comience su apelación **estándar** o **rápida** llamando al 1-833-434-2347, escribiéndonos por correo o enviándonos un fax. Usted, su representante, su médico u otro profesional que emite recetas pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información relativa a la apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días naturales** siguientes a la fecha indicada en la carta que le enviamos para informarle de nuestra decisión.
- Si pasa por alto el plazo y cuenta con un buen motivo para ello, podemos concederle más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenos motivos son haber tenido una enfermedad grave o haber recibido información errónea sobre la fecha límite. Explique por qué se presenta la apelación fuera de plazo al momento de presentarla.
- Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden proporcionarnos más información para respaldar la apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Términos legales

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no recibió, usted y su médico u otro profesional que emite recetas deciden si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Consulte la **Sección G4** para obtener más información.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos la apelación y examinamos detenidamente toda la información sobre la solicitud de cobertura.
- Comprobamos si seguimos las normas cuando dijimos que **no** a su solicitud.
- Podemos comunicarnos con usted, con su médico u otro profesional que emite recetas para obtener más información.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

Plazos para una apelación rápida en Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de 72 horas** tras recibir la apelación.
 - Le daremos nuestra respuesta antes si su salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **sí** a la parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que acordamos en un plazo de 72 horas tras recibir la apelación.
- Si decimos que **no** a la parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar en Nivel 1

- Si seguimos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un **plazo de siete días naturales** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le damos nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, pida una apelación rápida.
 - Si no le damos una decisión en un plazo de siete días naturales, debemos enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si decimos que **sí** a la parte o a la totalidad de su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos tan pronto como su salud lo requiera, pero **a más tardar siete días naturales** después de recibir la apelación.
- Debemos **enviarle el pago** por un medicamento que compró en un **plazo de 30 días naturales** desde que recibimos la apelación.

Si decimos que **no** a la parte o a la totalidad de su solicitud:

- Le enviamos una carta en la que se explican los motivos y cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre devolverle el dinero por un medicamento que compró en un **plazo de 14 días naturales** desde que recibimos su apelación.
 - Si no le damos una decisión en un plazo de 14 días naturales, debemos enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego una IRO la revisa. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si decimos que **sí** a la parte o a la totalidad de su solicitud, debemos pagarle en un plazo de 30 días naturales desde que recibimos la solicitud.
- Si decimos que **no** a la parte o a la totalidad de su solicitud, le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Presentación de una apelación de Nivel 2

Si decimos que **no** a su apelación de Nivel 1, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utiliza el proceso de apelación de Nivel 2. La **IRO** revisa nuestra decisión cuando **rechazamos** la primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**”, a veces llamada **IRE**.

Para presentar una apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que emite recetas deben comunicarse con la IRO **por escrito** y solicitar una revisión del caso.

- Si decimos que **no** a su apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo llegar a la organización.
- Cuando presenta una apelación a la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama “expediente de caso”. **Tiene derecho a una copia gratuita de su expediente.**
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la IRO para respaldar su apelación.

La IRO revisa su apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la IRO.

Plazos para una apelación rápida en Nivel 2

Si su salud lo requiere, pida a la IRO una apelación rápida.

- Si aceptan una apelación rápida, deben darle una respuesta en un **plazo de 72 horas** tras recibir la solicitud de apelación.
- Si dicen que **sí** a la parte o a la totalidad de la solicitud, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un **plazo de 24 horas** tras recibir la decisión de la IRO.

Plazos para una apelación estándar en Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **En un plazo de siete días naturales** después de recibir la apelación por un medicamento que no recibió.
- **Dentro de los 14 días naturales** posteriores a recibir la apelación para el reembolso de un medicamento que compró.

Si la IRO dice que **sí** a la parte o a la totalidad de la solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un **plazo de 72 horas** tras recibir la decisión de la IRO.
- Debemos devolverle el dinero por un medicamento que compró en un plazo de 30 días naturales tras recibir la decisión de la IRO.
- Si la IRO dice que **no** a su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud. Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar la apelación”.

Si la IRO dice que **no** a su apelación de Nivel 2, tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un valor mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es inferior al mínimo requerido, no es posible presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que se indica el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una apelación de Nivel 3.

Si el valor monetario de su solicitud cumple con el requisito, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la IRO **rechaza** la apelación de Nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar el proceso de apelación, deberá:
 - Decidir si desea interponer una apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que la IRO le envió tras su apelación de Nivel 2 para obtener detalles sobre cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador gestiona las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

H. Solicitud para que cubramos una hospitalización más larga

Cuando se le ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos y que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

Durante la hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararle para el día en que salga del hospital. Asimismo, colaboran en la organización de la atención que pueda necesitar tras su partida.

- El día que sale del hospital se denomina “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán la fecha de alta prevista.

Si considera que le solicitan abandonar el hospital demasiado pronto o le preocupa la atención recibida tras salir del hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada. En esta sección se detalla el procedimiento para realizar la solicitud.

H1. Conozca sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días tras su ingreso en el hospital, una persona del centro, como una enfermera o un trabajador social, le entregará un aviso escrito titulado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso cada vez que son ingresadas en un hospital.

Si no recibe el aviso, solicítelo al personal del hospital. Si necesita asistencia, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede llamar 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.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. En el aviso se le informa sobre sus derechos como paciente hospitalario, incluidos sus derechos a lo siguiente:
 - Obtener los servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede conseguirlos.
 - Participar en cualquier decisión sobre la duración de su hospitalización.
 - Saber dónde expresar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Apelar si considera que le darán el alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que recibió la información y comprende sus derechos.
 - Usted o alguien que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
 - Firmar el aviso **solo** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que acepte una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le hayan dado.
- **Conserve su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que salga del hospital, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede consultar una copia del aviso con antelación:

- Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

H2. Presentación de una apelación de Nivel 1

Para solicitar que cubramos los servicios hospitalarios internos durante un período prolongado, presente una apelación. La Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) revisa la apelación de Nivel 1 para determinar si la fecha de alta prevista es médicamente adecuada para usted.

La QIO es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica remunerados por el gobierno federal. Estos expertos revisan y ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. No forman parte de nuestro plan.

En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) es Acentra Health. Llame al 1-888-315-0636. La información de contacto también aparece en el aviso, “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y a más tardar en la fecha prevista de alta.

- **Si llama antes de irse**, puede permanecer en el hospital después de la fecha prevista de alta sin incurrir en gastos mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista de alta, deberá abonar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a dicha fecha.

Solicite 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).
- Llame al Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) con programas estatales de asistencia para el seguro médico (SHIP) al 1-800-252-9240.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria.

Términos legales

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

Qué ocurre durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que la cobertura debe continuar después de la fecha prevista de alta. No tiene la obligación de presentar una declaración por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores revisan su información médica, hablan con su médico y examinan la información que el hospital y nuestro plan les proporcionaron.
- Al mediodía del día siguiente al que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibirá una carta con la fecha prevista de alta. En la carta también se explica por qué su médico, el hospital y nosotros creemos que esa es la fecha de alta médicamente adecuada para usted.

Términos legales

El término legal para esta explicación escrita es “**Aviso detallado de descarga**”. Puede obtener una muestra llamando a Servicios para Miembros a los números 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede consultar un aviso de muestra en línea en cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

En un día completo tras obtener toda la información necesaria, la QIO le da su respuesta a la apelación.

Si la QIO dice que **sí** a su apelación:

- Proporcionaremos los servicios hospitalarios de internación cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **no** a su apelación:

- Consideran que la fecha de alta prevista es médicamente adecuada.
- Nuestra cobertura para los servicios hospitalarios de internación finalizará al mediodía del día siguiente a aquel en que la QIO le dé su respuesta a la apelación.
- Puede que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a aquel en que la QIO le dé su respuesta a la apelación.
- Puede presentar una apelación de Nivel 2 si la QIO rechaza la apelación de Nivel 1 **y** permanece en el hospital después de la fecha prevista de alta.

H3. Presentación de una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, pida a la QIO que revise la decisión que tomó en la apelación de Nivel 1. Llame al 1-888-315-0636.

Debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días naturales** después del día en que la QIO dijo que **no** a 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.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Revisar detenidamente toda la información relacionada con la apelación.
- Informarle de su decisión sobre la apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días naturales desde la recepción de la solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO dice que **sí** a su apelación:

- Debemos devolverle los gastos de atención hospitalaria desde el mediodía del día después de la fecha en que la QIO rechazó su apelación de Nivel 1.
- Proporcionaremos los servicios hospitalarios de internación cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **no** a su apelación:

- Sostienen su decisión sobre la apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- Le entregan una carta en la que se indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador gestiona las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CommunityFirstMedicare.com.

I. Solicitud para que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección trata solo sobre tres tipos de servicios que usted puede recibir:

- servicios de atención médica domiciliaria,
- cuidados de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare. Esto normalmente significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o accidente, o que se recupera de una operación importante.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, tiene derecho a recibir servicios cubiertos mientras el médico diga que los necesita.

Cuando decidamos dejar de cubrir cualquiera de estos casos, debemos informarle **antes** de que finalicen sus servicios. Cuando termine su cobertura para ese servicio, dejaremos de pagarlo.

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.

I1. Aviso previo antes de que finalice la cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención. Esto se llama el “Aviso de no cobertura de Medicare”. En el aviso se indica la fecha en la que dejaremos de cubrir su atención y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. Firmar el aviso **solo** demuestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Presentación de una apelación de Nivel 1

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección se explica el proceso de apelación de Nivel 1 y qué hacer.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y respete los plazos que se aplican a las acciones que debe realizar. Nuestro plan también debe cumplir con los plazos. Si considera que no estamos cumpliendo los plazos, puede presentar una queja. Consulte la Sección K para obtener más información sobre las quejas.
- **Solicite 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).
 - Llame al Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) al 1-800-252-9240.
- **Comuníquese con la QIO.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Pídales que revisen su apelación y decidan si deben cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación de vía rápida”.** Pregunte a la QIO si es médicamente adecuado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Fecha límite para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar la apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor del “Aviso de no cobertura de Medicare” que le enviamos.

Términos legales

El término legal para el aviso escrito es “**Aviso de no cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O consiga una copia en línea en cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué ocurre durante una apelación de vía rápida

- Los revisores de la QIO le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que la cobertura debería continuar. No tiene la obligación de presentar una declaración por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que nuestro plan les proporcionó.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito donde se explican nuestras razones para terminar la cobertura de los servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen de la apelación.

Términos legales

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación detallada de la no cobertura**”.

- Los revisores le comunican su decisión en un día completo tras recibir toda la información que necesitan.

Si la QIO dice que **sí** a su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO dice que **no** a su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le comunicamos.
- Dejaremos de pagar los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Usted pagará por su cuenta el costo total de esta atención si decide continuar con los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios del CORF después de la fecha en que finalice su cobertura.
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una apelación de Nivel 2.

I3. Presentación de una apelación de Nivel 2

Para una apelación de Nivel 2, pida a la QIO que revise la decisión que tomó en la apelación de Nivel 1. Llame al 1-888-315-0636.

Debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días naturales** después del día en que la QIO dijo que **no** a su apelación de Nivel 1. **Solo** puede solicitar esta revisión si continúa con la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para esta.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Revisar detenidamente toda la información relacionada con la apelación.
- Informarle de su decisión sobre la apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días naturales desde la recepción de la solicitud para una segunda revisión.

Si la QIO dice que **sí** a su apelación:

- Le devolvemos los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.
- Proporcionaremos cobertura para la atención mientras sea médicamente necesaria.

Si la QIO dice que **no** a su apelación:

- Están de acuerdo con nuestra decisión de finalizar la atención y no la cambiarán.
- Le entregan una carta en la que se indica qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

Un ALJ o un abogado adjudicador gestiona las apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

J. Elevar la apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para los servicios y artículos de Medicare

Si usted presenta una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 para servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones son rechazadas, es posible que tenga derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un importe mínimo determinado, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, podrá continuar con el proceso de apelación. En la carta que recibe de la IRO para realizar la apelación de Nivel 2 se explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación consiste en una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **sí** a su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento adjunto. Podemos esperar la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizarle o prestarle el servicio en un plazo de 60 días naturales tras recibir la decisión del ALJ o del abogado adjudicador.
 - Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **no** a su apelación, es posible que el proceso de apelación aún no haya terminado.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación de Nivel 4 o deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizarle o prestarle el servicio en un plazo de 60 días naturales tras recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo dice que **no** o deniega nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelación puede no haber terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá por **sí** o por **no**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de STAR+PLUS

También tiene más derechos de apelación si su apelación se refiere a servicios o artículos que podrían estar cubiertos por STAR+PLUS. Si tiene preguntas sobre sus derechos adicionales de apelación, puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo de la HHS al 1-866-566-8989.

Si no está de acuerdo con una decisión dictada por el representante de Audiencias Justas, puede solicitar una revisión administrativa dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la decisión.

En la carta que reciba de la División de Apelaciones de la HHSC se indicará qué debe hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J3. Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un importe determinado en dólares, podrá pasar a niveles adicionales de apelación. En la respuesta escrita que recibe a la apelación de Nivel 2 se explica con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación consiste en una audiencia ante un ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **sí** a su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar en 30 días naturales después de recibir la decisión.

Si el ALJ o el abogado adjudicador dice que **no** a su apelación, es posible que el proceso de apelación aún no haya terminado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Si el Consejo dice que **sí** a su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada en un plazo de 72 horas (o 24 horas para una apelación acelerada) o realizar el pago a más tardar en 30 días naturales después de recibir la decisión.

Si el Consejo dice que **no** a su apelación o si deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede no haber terminado.

- Si decide **aceptar** la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba se indicará si puede pasar a una apelación de Nivel 5 y qué debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación y toda la información, y decidirá por **sí** o por **no**. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación más allá del Tribunal Federal de Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipo de problemas deberían ser quejas

El proceso de quejas se utiliza exclusivamente para ciertos tipos de problemas, como cuestiones relacionadas con la calidad de la atención, los tiempos de espera, la coordinación de la atención y el servicio al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que gestiona el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	No está conforme con la calidad de la atención, como la recibida en el hospital.
Respeto a la privacidad	Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o que compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	- Un proveedor de atención médica o el personal fue grosero o irrespetuoso con usted. - Nuestro personal le trató mal. - Considera que se le está expulsando de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	- No puede acceder físicamente a los servicios de atención médica y a las instalaciones del consultorio de un médico o proveedor. - Su médico o proveedor no proporciona un intérprete para el idioma que no es inglés (como la lengua de señas estadounidense o el español). - Su proveedor no le ofrece otras adaptaciones razonables que necesita y solicita.
Tiempos de espera	- Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla. - Médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, Servicios para Miembros u otros empleados del plan le hacen esperar demasiado.
Limpieza	Considera que la clínica, el hospital o el consultorio del médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	- Considera que no le enviamos un aviso o una carta que debería haber recibido. - Considera que la información escrita que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con decisiones de cobertura o apelaciones	- Considera que no cumplimos los plazos para tomar una decisión de cobertura o responder a su apelación. - Piensa que, después de obtener una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobarle o prestarle el servicio, ni para devolverle el dinero por determinados servicios médicos. - Considera que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede presentar una queja interna o externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y la revisamos. Una queja externa se presenta ante una organización no afiliada a nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al 1-833-434-2347.

Términos legales

El término legal para una “queja” es **“reclamación”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una reclamación”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347. Puede presentar la queja en cualquier momento, salvo que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, debe presentarla **dentro de los 60 días naturales** posteriores a haber tenido el problema sobre el que desea reclamar.

- Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros se lo indicará.
- También puede redactar su queja y enviárnosla. Si pone su queja por escrito, responderemos por escrito.

Términos legales

El término legal para “queja rápida” es “reclamación acelerada”.

Si es posible, respondemos de inmediato. Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada. Si su estado de salud requiere que respondamos con rapidez, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo de 30 días naturales. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días naturales porque necesitamos más información, se lo notificaremos por escrito. También le proporcionaremos una actualización del estado y un tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le otorgaremos automáticamente una “queja rápida” y responderemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque dedicamos un tiempo adicional a tomar una decisión sobre la cobertura o a resolver una apelación, le otorgamos automáticamente una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con parte o con la totalidad de su queja, se lo indicaremos y le daremos nuestros motivos. Respondemos estemos o no de acuerdo con la queja.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El formulario de queja de Medicare está disponible en: [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). No necesita presentar una queja ante Community First Medicare Advantage Bexar Dual Plan (HMO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma en serio las quejas y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otra opinión o inquietud, o si considera que el plan de salud no está abordando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

STAR+PLUS

Una vez que haya pasado por el proceso de quejas del plan, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando al número gratuito 1-866-566-8989. Si desea presentar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

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

Si puede acceder a Internet, puede presentar su queja en: hhs.texas.gov/contact/complaints-appeals/hhs-office-ombudsman

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja a la OCR del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si considera que no le trataron de forma justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidad o la asistencia lingüística. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de la OCR:

Llame al 1-833-388-6332

También puede tener derechos conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA) y a la ley estatal de Texas. Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas enviando un correo electrónico a HHSCivilRightsOffice@hhsc.state.tx.us o llamando por teléfono al 1-888-388-6332.

QIO

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente a la QIO.
- Puede presentar su queja a la QIO y a nuestro plan. Si presenta una queja a la QIO, trabajamos en conjunto para resolver su queja.

La QIO es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la salud financiados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se ofrece a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro*.

En Texas, la BFCC-QIO se llama Acentra. El número de teléfono de Acentra es 1-888-315-0636.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo se explica cómo finalizar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de atención médica después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá participando en los programas de Medicare y STAR+PLUS siempre que sea elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Índice

Para guiarse para encontrar información, consulte la siguiente lista detallada de temas.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en nuestro plan	145
A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan	146
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	147
C. Cómo obtener los servicios de Medicare y STAR+PLUS por separado	147
C1. Sus servicios de Medicare	147
C2. Sus servicios STAR+PLUS	150
D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan	151
E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan	151
F. Normas que prohíben pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud	152
G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	152
H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en nuestro plan	152

A. Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía en determinadas épocas del año. Como usted tiene STAR+PLUS, dispone de algunas opciones para terminar su suscripción a nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede finalizar su suscripción a nuestro plan durante los siguientes periodos cada año:

- El **periodo de inscripción abierta**, que es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura del 1 de enero al 31 de marzo, también es para los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su elegibilidad para STAR+PLUS o Ayuda Extra cambia; o
- si recientemente se mudó a una institución, actualmente recibe atención en una institución (como un centro de enfermería o un hospital de cuidados a largo plazo) o acaba de salir de ella.

Su membresía de Medicare termina el último día del mes en que recibimos su solicitud para abandonar nuestro plan y su nueva cobertura de Medicare comienza el primer día del mes siguiente. La fecha de finalización de su membresía STAR+PLUS con nuestro plan y la fecha de inicio de su nuevo plan dependen de si recibimos su solicitud antes o después de la fecha límite de inscripción en STAR+PLUS. **Nota:** La fecha límite de inscripción STAR+PLUS la establece la HHSC y cambia cada mes, pero normalmente es alrededor de mediados de mes.

Por ejemplo: solicita cambiar su plan en marzo.

- Su cobertura de Medicare con nuestro plan finalizará el 31 de marzo y su nueva cobertura de Medicare comenzará el 1 de abril.
- Si recibimos su solicitud **antes** de la fecha límite de inscripción en STAR+PLUS, su cobertura STAR+PLUS con nuestro plan también terminará el 31 de marzo y su nueva cobertura STAR+PLUS comenzará también el 1 de abril.
- Si recibimos su solicitud **después** de la fecha límite de inscripción en STAR+PLUS, su nueva cobertura STAR+PLUS con nuestro plan finalizará el 30 de abril y su nueva cobertura STAR+PLUS comenzará el 1 de mayo.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**
- Servicios STAR+PLUS en la **Sección C2**

Puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía llamando a:

- Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También aparece el número para usuarios de TTY.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP), el Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central estándar.

Si usted participa en un programa de control de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre los programas de gestión de medicamentos.

Si tiene preguntas, 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. (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). TTY: 711 las 24 horas, los siete días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide terminar su membresía, puede hacerlo inscribiéndose en otro plan de Medicare o cambiando a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original pero no seleccionó un plan de medicamentos de Medicare separado, debe solicitar la baja de nuestro plan. Existen dos formas de solicitar la baja:

- Puede hacernos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Encontrará más información sobre cómo acceder a sus servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan en la tabla de la página 6.
- Si desea cambiar su plan STAR+PLUS, comuníquese con el agente de inscripciones de Texas llamando al 800-964-2777 o al 1-877-782-6440. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora central estándar, de lunes a viernes. La Sección C a continuación incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo cual también pondrá fin a su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener los servicios de Medicare y STAR+PLUS por separado

Usted tiene opciones para obtener los servicios de Medicare y STAR+PLUS si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare que aparecen a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se enumera a continuación durante determinadas épocas del año, incluido el **periodo de inscripción abierta** y el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, su membresía en nuestro plan finaliza de forma automática.

1. Puede cambiar a:

Otro plan que ofrece sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de STAR+PLUS en un solo plan. Si elige otro plan de Medicare que también ofrezca sus beneficios STAR+PLUS, su plan STAR+PLUS también cambiará al mismo plan que ofrece sus beneficios de Medicare. No tiene que hacer nada para que esto ocurra.

O BIEN

Puede inscribirse en el Programa de atención integral para personas mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE). PACE está disponible en los condados de Potter, Randall, El Paso y Lubbock. Si decide inscribirse en PACE, los beneficios incluyen, entre otros, todos los servicios cubiertos por Medicaid y Medicare, incluidos los medicamentos con receta. Debe recibir todos los servicios médicos necesarios, incluida la atención primaria y los servicios médicos especializados (excepto servicios de emergencia), de la organización PACE o de una entidad autorizada por dicha organización.

Para obtener más información sobre PACE, llame al Programa PACE de Texas al 1-512-487-3450.

2. Puede cambiar a:

Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare separado.

Si decide pasarse a Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. No tiene que hacer nada para que esto ocurra.

Qué hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para obtener información sobre la inscripción y la política de proveedores de PACE, puede comunicarse con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando al 512-487-3450. Este número le conecta con la Unidad de Políticas de Servicios Comunitarios, que supervisa las operaciones de PACE en Texas.

Si necesita asistencia o más información:

Llame al Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central estándar. En Texas, el SHIP se llama Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) en su área, visite la página web hhs.texas.gov/services/health/medicare

O BIEN

Inscríbese en un plan que cubra su Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de STAR+PLUS en un solo plan.

Si se inscribe en un nuevo plan, se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Qué hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita asistencia o más información:

- Llame al Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central estándar. En Texas, el SHIP se llama Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) de Texas en su área, visite la página web www.hhs.texas.gov/services/health/medicare.

O BIEN,

Inscríbese en un nuevo plan de medicamentos de Medicare.

Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan para sus beneficios de Medicare cuando comience su cobertura de Medicare Original, pero su inscripción seguirá activa en nuestro plan STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No tiene que hacer nada para que esto ocurra.

3. Puede cambiar a:

Medicare Original sin un plan de medicamentos por separado si cuenta con un motivo válido de baja.

Si decide pasarse a Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. No tiene que hacer nada para que esto ocurra.

NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no quiere unirse.

Solo debería cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de otra fuente, como un empleador o un sindicato. En caso de no saber con seguridad si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central estándar. En Texas, el SHIP se llama Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) de Texas en su área, visite la página web www.hhs.texas.gov/services/health/medicare.

Qué hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si necesita asistencia o más información:

Llame al Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central estándar. En Texas, el SHIP se llama Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) en su área, visite la página web hhs.texas.gov/services/health/medicare. Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan cuando comience su cobertura de Medicare Original, pero se mantendrá su inscripción en nuestro plan STAR+PLUS para los beneficios de Medicaid. No tiene que hacer nada para que esto ocurra.

4. Puede cambiar a:

Cualquiera de los planes de salud de Medicare durante determinadas épocas del año, incluido el **periodo de inscripción abierta** y el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección A**.

Si elige otro plan de Medicare que también proporcione sus beneficios de STAR+PLUS durante determinadas épocas del año, su plan de STAR+PLUS también cambiará al mismo plan que proporciona sus beneficios de Medicare. No tiene que hacer nada para que esto ocurra.

Si decide inscribirse en cualquier otro plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage (Medicare Advantage Plan, MAP) o Medicare Original durante determinadas épocas del año, su plan STAR+PLUS permanecerá igual. En esta situación, si quiere cambiar su plan STAR+PLUS, puede hacerlo en cualquier momento comunicándose con el agente de inscripciones de Texas al 1-877-782-6440 o TTY: 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora central estándar.

Qué hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para obtener información sobre la inscripción y la política de proveedores de PACE, puede comunicarse con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas llamando al 512-487-3450. Este número le conecta con la Unidad de Políticas de Servicios Comunitarios, que supervisa las operaciones de PACE en Texas.

Si necesita asistencia o más información:

- Llame al Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora central estándar. En Texas, el SHIP se llama Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para encontrar una oficina del Programa de asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) de Texas en su área, visite la página web www.hhs.texas.gov/services/health/medicare.

O BIEN

Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.

Se le dará de baja automáticamente de nuestro plan Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si elige otro plan de Medicare que también ofrezca sus beneficios STAR+PLUS, no tiene que hacer nada para que su plan STAR+PLUS se alinee automáticamente con su nuevo plan de Medicare.

Si decide inscribirse en cualquier otro plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage (MAP) o Medicare Original, entonces su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. Si quiere cambiar su plan STAR+PLUS, puede hacerlo en cualquier momento comunicándose con el agente de inscripciones de Texas al 800-964-2777 o TTY: 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora central estándar.

C2. Sus servicios STAR+PLUS

Para preguntas sobre cómo obtener sus servicios STAR+PLUS después de salir de nuestro plan, llame al Agente de Inscripciones de Texas al 800-964-2777, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora central estándar, de lunes a viernes. Pregunte cómo se ve afectada su cobertura de STAR+PLUS si ingresa en otro plan o vuelve a Medicare Original.

D. Sus artículos médicos, servicios y medicamentos hasta que finalice su membresía en nuestro plan

Si abandona nuestro plan, puede transcurrir un tiempo antes de que finalice su membresía y comience su nueva membresía de Medicare y STAR+PLUS. Durante este tiempo, seguirá recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores dentro de la red para recibir atención médica.
- Utilice las farmacias de nuestra red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedido por correo, para que le surtan sus recetas. Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP)
- Si está en internación el día en que finaliza su membresía en Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que reciba el alta. Esto ocurrirá incluso si su nueva cobertura de salud comienza antes de que reciba el alta.

E. Otras situaciones en las que finaliza su membresía en nuestro plan

Estos son los casos en los que debemos terminar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no califica para STAR+PLUS. Nuestro plan es para personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como para STAR+PLUS.
- Si ya no cumple los requisitos especiales de elegibilidad de nuestro plan, su membresía en este plan finalizará tras seis meses. Recibirá un aviso de nuestra parte informándole del fin de su membresía y de sus opciones. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al número que aparece al reverso de este documento.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se ausenta de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tiene para medicamentos.
- Si no tiene la ciudadanía o la nacionalidad estadounidense, o si no es un extranjero elegible.
 - Debe tener la ciudadanía o la nacionalidad estadounidense, o ser un extranjero elegible para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si no es elegible para seguir siendo miembro por esta razón.
 - Debemos darle de baja si no cumple este requisito.

Si está dentro del periodo de seis meses de elegibilidad continua de nuestro plan, seguiremos ofreciendo todos los beneficios cubiertos por Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, no seguiremos cubriendo los beneficios de STAR+PLUS incluidos en el plan estatal de Medicaid aplicable.

Podemos pedirle que abandone nuestro plan por las siguientes razones solo si primero obtenemos permiso de Medicare y STAR+PLUS:

- Si nos da información incorrecta intencionadamente al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de una manera disruptiva que dificulta que podamos prestarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica. (Medicare puede pedir al Inspector General que investigue su caso si terminamos su membresía por este motivo).

F. Normas que prohíben pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si cree que le pedimos que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1 800 MEDICARE (1 800 633 4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su 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 para cancelarla. También debemos explicarle cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si tiene preguntas o desea más información sobre cómo cancelar su membresía, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 11 Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye avisos legales que se aplican a la membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del miembro*.

Índice

Para guiarse para encontrar información, consulte la siguiente lista detallada de temas.

Capítulo 11 Avisos legales	153
A. Aviso sobre las leyes	154
B. Aviso sobre la no discriminación	154
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y STAR+PLUS como pagador de último recurso	154

A. Aviso sobre las leyes

Muchas leyes se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades incluso si no están incluidas ni explicadas en este *Manual del miembro*. Las principales leyes que se aplican son las federales sobre los programas Medicare y STAR+PLUS. También pueden aplicarse otras leyes federales y de Texas.

B. Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos ni le tratamos de forma diferente por su raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, pruebas de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea más información o tiene preocupaciones sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1 800-368-1019. Los usuarios de TTY en llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Llame a la Oficina Local de Derechos Civiles al 1-888-388-6332.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame a Servicios para Miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y STAR+PLUS como pagador de último recurso

A veces, otra persona debe pagar primero por los servicios que le ofrecemos. Por ejemplo, si tiene un accidente de automóvil o si sufre una lesión en el trabajo, el seguro o la Compensación Laboral deben pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las leyes y regulaciones federales y de Texas relativas a la responsabilidad legal de terceros por los servicios de atención médica a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para asegurar que STAR+PLUS sea el pagador de último recurso.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave utilizados a lo largo de este *Manual del miembro* con sus definiciones. Los términos están listados en orden alfabético. Si no encuentra un término que busque o necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicios para Miembros.

Índice

Para guiarse para encontrar información, consulte la siguiente lista detallada de temas.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes	155
---	------------

Actividades de la vida diaria (Activities of daily living, ADL): las cosas que la gente hace en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Apelación: un medio para impugnar nuestra acción si considera que se cometió un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura presentando una apelación. En el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* se explican las apelaciones, que incluye cómo presentar una apelación.

Área de servicio: área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si limita la afiliación según el lugar de residencia de las personas. En el caso de los planes que limitan qué médicos y hospitales se pueden utilizar, por lo general corresponde al área en la que se pueden recibir servicios habituales (no urgentes). Solo las personas que residen en nuestra área de servicio pueden afiliarse al plan.

Atención de emergencia: servicios cubiertos proporcionados por un proveedor capacitado para prestar servicios de emergencia y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): cuidados de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de atención centros de enfermería especializada incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas (i.v.) que el personal de enfermería con certificación o un médico pueden administrar.

Atención urgentemente necesaria: atención que se recibe por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no constituye una emergencia, pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención urgentemente necesaria de proveedores fuera de la red cuando no sea posible acudir a ellos porque, debido a su tiempo, lugar o circunstancias, resulte imposible o no sea razonable obtener servicios de los proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan y requiera servicios inmediatos médicamente necesarios debido a una afección imprevista que no constituya una emergencia médica).

Audiencia estatal: si el médico u otro proveedor solicita un servicio STAR+PLUS que no aprobamos, o no continuamos pagando por un servicio STAR+PLUS que ya recibe, usted puede solicitar una audiencia estatal. Si la audiencia estatal se decide a su favor, debemos proporcionarle el servicio que solicitó.

Autorización previa (PA): una aprobación que debe obtener de nosotros antes de poder obtener un servicio o medicamento específico, o utilizar un proveedor fuera de la red. Nuestro plan puede no cubrir el servicio o el medicamento si no obtiene la aprobación primero.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene autorización previa de nosotros.

- Los servicios cubiertos que requieren la autorización previa de nuestro plan están señalados en el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro*.

Nuestro plan solo cubre algunos medicamentos si consigue la autorización previa de nosotros.

- Los medicamentos cubiertos que requieren la autorización previa de nuestro plan están señalados en la *Lista de medicamentos cubiertos* y las normas están publicadas en nuestra página web.

Auxiliar de atención domiciliaria: una persona que ofrece servicios que no requieren las habilidades de un profesional de enfermería o de terapia con certificación, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos). Los auxiliares de salud a domicilio no tienen licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda Extra: un programa de Medicare que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como primas, franquicias y copagos. La Ayuda Extra también se denomina “subsidio por bajos ingresos bajos ingresos” o “LIS”.

Baja: el proceso para finalizar su membresía en nuestro plan. La baja puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (no por decisión propia).

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede sustituirse en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en farmacia está sujeta a la ley de Texas.

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”).

Capacitación en competencia cultural: capacitación que proporciona instrucción adicional a nuestros proveedores de atención médica para ayudarles a comprender mejor su origen, sus valores y sus creencias con el fin de adaptar los servicios a sus necesidades sociales, culturales y lingüísticas.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidados de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Ofrece una variedad de servicios, incluidos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro que ofrece cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no se espera que necesiten más de 24 horas de atención.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal encargada de administrar Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* se explica cómo comunicarse con los CMS.

Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC): la agencia estatal de Texas encargada de STAR+PLUS. En el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* se explica cómo comunicarse con la HHSC.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa una apelación de Nivel 4. El Consejo forma parte del gobierno federal.

Coordinador de servicios: persona principal que trabaja con usted, con el plan de salud y con los proveedores de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

Copago: un importe fijo que paga como parte del costo cada vez que recibe ciertos servicios o medicamentos. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o un medicamento.

Costos de bolsillo: el requisito de compartir costos para que los miembros paguen parte de los servicios o medicamentos que reciben también se denomina requisito de costos de “de bolsillo”. Consulte la definición de “costos compartidos” anterior.

Cuidados paliativos: un programa de atención y apoyo para ayudar a las personas con un pronóstico terminal a vivir cómodamente. Un pronóstico terminal significa que certificaron médicamente a una persona como terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos.

- Una persona inscrita con pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo especialmente formado de profesionales y cuidadores proporciona atención a la persona en su totalidad, que incluye necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Tenemos la obligación de proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Decisión de cobertura: una decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye decisiones sobre medicamentos y servicios cubiertos o el importe que pagamos por los servicios de salud. En el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Defensor del Pueblo: una oficina en Texas que actúa como defensora en su nombre. Allí, pueden proporcionarle respuestas a sus preguntas si tiene algún problema o queja sobre los servicios STAR+PLUS, además de indicarle cómo proceder. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos. Texas cuenta con dos oficinas de defensores del pueblo: la Oficina del Defensor del Pueblo de la HHS y la Oficina del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo de Texas. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual del miembro*.

Derivación: es la aprobación del proveedor de atención primaria (PCP) para utilizar un proveedor distinto. Si no obtiene la aprobación primero, puede que no cubramos los servicios. No necesita una derivación para acudir a ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las derivaciones en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del miembro*.

Determinación de la organización: nuestro plan adopta una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decidimos si los servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de este *Manual del miembro* se explican las decisiones de cobertura.

D-SNP integrado: un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría de los servicios o todos los servicios STAR+PLUS según un único plan de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para STAR+PLUS. Estas personas son conocidas como personas con doble derecho a beneficio completo.

Emergencia: una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento medio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo, o la pérdida o una grave discapacidad de una función corporal (y si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo no nacido). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo de coordinación de servicios: equipo que puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están disponibles para ayudarle a recibir la atención que necesita. Su equipo de coordinación de servicios también le ayuda a elaborar un plan de servicios.

Equipos médicos duraderos (DME): ciertos artículos que un médico receta para su uso en el hogar. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas diabéticas, camas de hospital encargadas por un proveedor para uso en casa, bombas de infusión i.v., dispositivos generadores de habla, equipos y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Especialista: un médico que presta atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare donde nuestro plan cubre todos los costos de los medicamentos hasta final de año. Comienza esta etapa cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado \$2,400 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año. No paga nada.

Etapas de cobertura inicial: la etapa antes de que sus gastos totales en medicamentos de la Parte D de Medicare alcancen los \$2,400. Esto incluye los importes que pagó, lo que nuestro plan pagó en su nombre y el subsidio por bajos ingresos. Esta etapa empieza cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Evaluación de riesgos para la salud (HRA): una revisión del historial médico y estado actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: permiso para obtener cobertura para un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas normas y limitaciones.

Facturación incorrecta o inapropiada: una situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura un importe superior al de nuestro costo compartido por los servicios. Llame a Servicios para Miembros si recibe alguna factura que no entienda.

Como miembro del plan, usted solo paga nuestros importes de costo compartido cuando recibe los servicios que cubrimos. **No** permitimos que los proveedores le cobren más de este importe.

Farmacia de la red: una farmacia que aceptó surtir recetas para las personas inscritas en nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron colaborar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos las recetas solo cuando se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no aceptó colaborar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que recibe en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real (Real Time Benefit Tool): un portal o una aplicación informática en la que las personas inscritas pueden consultar información completa, precisa, oportuna y clínicamente adecuada sobre medicamentos y beneficios específicos para cada inscripción. Esto incluye importes de costos compartidos, medicamentos alternativos que pueden usarse para el mismo estado de salud que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Información médica personal, también llamada información médica protegida (PHI): información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número de Seguridad Social, visitas médicas e historial médico. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su PHI, así como sus derechos respecto a su PHI.

Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI): un beneficio mensual que la Seguridad Social paga a personas con ingresos y recursos limitados que tengan una discapacidad, sean ciegos o tengan 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios de la Seguridad Social.

Internación: término utilizado cuando le ingresan formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no le ingresan formalmente, aún se le puede considerar un paciente ambulatorio en lugar de hospitalario, incluso si se queda durante la noche.

Juez de derecho administrativo: un juez que revisa una apelación de Nivel 3.

Límites de cantidad: un límite en la cantidad de un medicamento que puede tomar. Podemos limitar la cantidad de medicamento que cubrimos por receta.

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta y de venta libre (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de personal médico y farmacéutico. En la Lista de medicamentos se indica si existen normas a seguir para conseguir los medicamentos. La Lista de medicamentos a veces se denomina “formulario”.

Manual del miembro e información de divulgación: en este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro anexo o archivo adjunto, se explica la cobertura, las obligaciones del plan, los derechos de los miembros y las obligaciones de la persona inscrita como parte de nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa gestionado por el gobierno federal y el estado que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios, apoyos y costos médicos a largo plazo.

Medicamento necesario: describe los servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica, o para mantener el estado de salud actual. Esto incluye la atención que evita que ingrese a un hospital o centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento fabricado y vendido por la empresa que originalmente fabricó el fármaco. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento comercial expira.

Medicamento genérico: un medicamento aprobado por la FDA para su uso en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más económico y funciona igual de bien que el medicamento de marca.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta y venta libre (OTC) cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura a través de la Parte D de Medicare. STAR+PLUS puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre son fármacos o medicamentos que una persona puede comprar sin receta médica de un profesional de la atención médica.

Medicare Advantage: un programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “MA”, que ofrece planes MA a través de empresas privadas. Medicare paga a estas empresas para cubrir sus beneficios de Medicare.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): el gobierno ofrece Medicare Original. A través de Medicare Original, los servicios están cubiertos con el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de los importes que determina el Congreso.

- Puede utilizar cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todo Estados Unidos.
- Si no desea pertenecer a nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

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 terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de atención gestionada (consulte “plan de salud”).

Miembro (miembro de nuestro plan, o miembro del plan): persona con Medicare y STAR+PLUS que cumple los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la HHSC.

Nivel de costos compartidos: un grupo de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos (también conocida como la Lista de medicamentos) se encuentra en uno de cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costos compartidos, mayor es el costo del medicamento.

Niveles de medicamentos: grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (OTC) son ejemplos de niveles de medicamentos. Cada medicamento de la Lista de medicamentos está en uno de cinco niveles.

Organización de revisión independiente (IRO): una organización independiente contratada por Medicare que revisa una apelación de Nivel 2. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. El gobierno federal paga a la QIO para revisar y mejorar la atención que se presta a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre la QIO.

Parte A de Medicare: el programa de Medicare que cubre la mayoría de hospitales, centros de enfermería especializada, atención domiciliaria y cuidados paliativos que son médicamente necesarios.

Parte A: consulte “Parte A de Medicare”.

Parte B de Medicare: el programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas médicas) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte B: consulte “Parte B de Medicare”.

Parte C de Medicare: el programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías privadas de seguros de salud ofrecer beneficios de Medicare a través de un Plan MA.

Parte C: consulte “Parte C de Medicare”.

Parte D de Medicare: el programa de beneficios de medicamentos de Medicare. A este programa se le llama “Parte D” para abreviar. La Parte D de Medicare cubre medicamentos ambulatorios, vacunas y algunos suministros no cubiertos por la Parte A ni por la Parte B de Medicare ni por STAR+PLUS. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte D: consulte “Parte D de Medicare”.

Persona inscrita en Medicare-Medicaid: persona que cumple los requisitos para la cobertura Medicare y STAR+PLUS. Una persona inscrita en Medicare-Medicaid también se denomina “persona con doble elegibilidad”.

Plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): plan de salud que atiende a personas elegibles tanto para Medicare como para STAR+PLUS. Nuestro plan es un D-SNP.

Plan de salud: organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También cuenta con coordinadores de servicios para ayudarle a gestionar todos los proveedores y servicios. Todos trabajan en conjunto para proporcionarle la atención que necesita.

Plan de servicios: plan de los servicios que recibirá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

Producto biológico original: un producto biológico aprobado por la FDA que sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Producto biológico: un fármaco elaborado a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Consulte también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP): un programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos que salvan vidas.

Programa de atención integral para personas mayores (PACE): un programa que cubre los beneficios de Medicare y STAR+PLUS juntos para personas de 55 años o más que necesitan un nivel de atención más alto para poder vivir en casa.

Programa de control de medicamentos (DMP): un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura opioides recetados y otros medicamentos consumidos con frecuencia de forma indebida.

Programa de manejo de terapias con medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o participan en un Programa de gestión de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del miembro* para obtener más información.

Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP): un programa estructurado de cambio de comportamiento en salud que ofrece capacitación en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos recetados por un médico u otro proveedor de la atención médica que incluyen, entre otros, férulas para el brazo, la espalda y el cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomías y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que deba acudir primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerse con buena salud.

- También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarle a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su proveedor de atención primaria antes de utilizar cualquier otro proveedor de la atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del miembro* para obtener información sobre cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que usamos para personal médico, de enfermería y otras personas que prestan servicios y atención. El término también incluye hospitales, agencias de atención domiciliaria, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios de atención médica, equipos médicos y servicios y apoyos a largo plazo.

- Cuentan con licencia o certificación de Medicare y de Texas para ofrecer servicios de atención médica.
- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan colaborar con nuestro plan de salud, aceptan nuestro pago y no cobran un importe adicional a los miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar proveedores dentro de la red para obtener servicios cubiertos. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o instalación fuera de la red: un proveedor o centro que no está empleado por el plan, no es de su propiedad ni está operado por el plan, y que no tiene contrato para proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. **En el Capítulo 3** de este *Manual del miembro* se explican los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: una declaración escrita o verbal en la que se indica que tiene un problema o una inquietud sobre los servicios o la atención cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad de la atención, nuestros proveedores dentro de la red o nuestras farmacias de la red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una reclamación”.

Reclamación: una queja que usted presenta sobre nosotros o contra uno de nuestros proveedores o farmacias de la red. Esto incluye una queja sobre la calidad de la atención o la calidad del servicio prestado por nuestro plan de salud.

Residencia u hogar de ancianos: un lugar que ofrece atención a personas que no pueden recibirla en casa, pero no necesitan estar hospitalizadas.

Salud conductual: término global que abarca tanto a la salud mental como los trastornos por consumo de sustancias.

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 la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: el término general que usamos para referirnos a toda la atención médica, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los medicamentos con receta y de venta libre, los equipos y los otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios de asistencia personal (PAS): ayuda con las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, preparar comidas, realizar tareas domésticas y otras tareas necesarias para residir con seguridad en la comunidad.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que se recibe para ayudar a la recuperación tras una enfermedad, un accidente o una operación quirúrgica mayor. Estos servicios incluyen atención de rehabilitación hospitalaria, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y terapia ocupacional. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Servicios domiciliarios y comunitarios (HCBS): servicios que ayudan a las personas que necesitan cuidados a largo plazo a permanecer en sus hogares o comunidades en lugar de vivir en un centro de enfermería. Los HCBS pueden incluir servicios de asistencia personal, cuidados de respiro, modificaciones en el hogar, ayudas adaptativas y otros apoyos disponibles a través de STAR+PLUS.

Servicios excluidos: servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios para Miembros: un departamento de nuestro plan encargado de responder a las preguntas sobre la membresía, los beneficios, las reclamaciones y las apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del miembro* para obtener más información sobre los Servicios para Miembros.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar la enfermedad 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 de detección).

Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS): los servicios y apoyos a largo plazo ayudan a mejorar una afección médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a quedarse en casa para que no tenga que acudir a un centro de enfermería u hospital. Los LTSS incluyen servicios comunitarios y centros de enfermería (NF).

STAR+PLUS: es el nombre del programa de atención gestionada Medicaid de Texas para personas adultas con discapacidades o mayores de 65 años. STAR+PLUS está gestionado por la HHSC y está financiado por Texas y el gobierno federal. Ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayor parte de los costos de atención médica están cubiertos si cumple los requisitos tanto para Medicare como para STAR+PLUS.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Extra”.

Tarifa diaria de costo compartido: una tarifa que puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un mes completo de ciertos medicamentos y deba pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días que abarca el suministro mensual.

Aquí tiene un ejemplo: supongamos que el copago del medicamento por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que el importe que paga por el medicamento es inferior a \$0.05 al día. Si recibe un suministro de siete días del medicamento, el pago es inferior a \$0.05 por día multiplicado por siete días, para un pago total inferior a \$0.35.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que exige que pruebe otro medicamento antes de cubrir el medicamento que pide.

Servicios para Miembros de Community First Medicare Advantage Bexar Dual (HMO D-SNP).

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAMADA	Llame al 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) El servicio de mensajería estará disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Contamos con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	TTY 711 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para llamar aquí. Esta 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	Visite CommunityFirstMedicare.com

Declaración de divulgación de la PRA

Según la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) 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 0938-1444. 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, por favor 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 چیرې ناسو په پښتو ژبه خبرې کوي، 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。

LƯU Ý: Nếu 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, toñle oñnolla maana zubani modot ókkol ase. Lootfaibade formeth ót maalumut dibolla munasef modotgorede cañjo adde hédmot oñnolla taíbo. Kool goró 1-800-434-2347 (TTY: 711) ót yá oñnor dekbal 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।

አስተውላለ:- ትግረኛ ትዛረብ እንተ ኼንካ ብናጻ ናይ ቋንቋ ሓገዝ ኣገልግሎት ኪወሃበካ ይኽእል እዩ። ብተወሰኑ ውጥን ብናጻ ሓበሬታ ንምሃብ ዘድሊ ሓገዚ ረድኤትን ኣገልግሎታትን ብናጻ ይረክብ። 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

MANUAL DEL MIEMBRO/EVIDENCIA DE COBERTURA

RESUMEN DE SU PLAN

Community First Medicare Advantage Bexar
Dual (HMO D-SNP) H5447-002

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

COMMUNITY FIRST
— MEDICARE ADVANTAGE PLAN —
BEXAR DUAL

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