

EVIDENCIA DE COBERTURA

DESCRIPCIÓN GENERAL DE SU PLAN

COMMUNITY FIRST MEDICARE
ADVANTAGE MEZQUITE DUAL
(HMO D-SNP) H5447-003

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Eche un vistazo para aprovechar los beneficios, servicios y coberturas de medicamentos que ofrece su plan.

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

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

Los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

(del 1 de octubre al 31 de marzo)

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

(del 1 de abril al 30 de septiembre)

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

TTY 711

Las 24 horas al día/los siete días de la semana

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

CommunityFirstMedicare.com



Evidencia de cobertura

Año del plan 2027

Resumen de nuestro Plan

**Community First Medicare Advantage
Mezquite Dual (HMO D-SNP)**

H5447-003

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

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

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

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

Los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre). Servicio de mensajería disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre.

TTY 711

Las 24 horas al día/los siete días de la semana.

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

CommunityFirstMedicare.com

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y cobertura de medicamentos con receta como miembro de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP).

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

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

- su prima y costo compartido de su plan;
- sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, llame 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). El servicio de mensajería se utiliza los fines de semana, fuera del horario laboral y los días festivos federales. Si tiene dificultades para oír o hablar, llame al 711 las 24 horas, los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

Este documento está disponible gratuitamente en español.

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

Nuestro formulario, red de farmacias y red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de antelación.

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si desea más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1	Empiece como miembro	8
SECCIÓN 1	Es miembro de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP)	8
Sección 1.1	Está inscrito en Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP), que es un Plan de Necesidades Especiales de Medicare	8
Sección 1.2	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	9
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	9
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad	9
Sección 2.2	Medicaid	9
Sección 2.3	Área de servicio del Plan para Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP)	10
Sección 2.4	Ciudadano estadounidense o nacional, o no ciudadano elegible	10
SECCIÓN 3	Qué debe esperar cuando se una a nuestro plan por primera vez	11
Sección 3.1	Evaluación de riesgos para la salud	11
Sección 3.2	Equipo de atención y plan de atención	11
SECCIÓN 4	Materiales importantes para la membresía	12
Sección 4.1	Nuestra tarjeta de membresía del plan	12
Sección 4.2	<i>Directorio de proveedores</i>	12
Sección 4.3	<i>Directorio de farmacias</i>	13
Sección 4.4	Lista de medicamentos (formulario)	13
SECCIÓN 5	Resumen de los costos importantes para 2027	14
Sección 5.1	Prima del plan	15
Sección 5.2	Prima mensual de la Parte B de Medicare	15
Sección 5.3	Penalización por inscripción tardía de la Parte D	15
Sección 5.4	Importe de ajuste mensual basado en los ingresos	16
Sección 5.5	Importe de ajuste mensual basado en los ingresos	17
Sección 5.6	Importe del Plan de pago de medicamentos por receta de Medicare	17
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado nuestro registro de membresía	17
SECCIÓN 7	Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	18
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos	20
SECCIÓN 1	Contactos de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP)	20
SECCIÓN 2	Obtenga ayuda de Medicare	22
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP)	23
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)	24
SECCIÓN 5	Seguridad Social	25
SECCIÓN 6	Medicaid	25
SECCIÓN 7	Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta	27
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)	29
SECCIÓN 9	Si tiene un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador	30
Capítulo 3	Uso de nuestro plan para sus servicios médicos	31
SECCIÓN 1	Cómo acceder a la atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan	31
Sección 1.1	Proveedores de la red y servicios cubiertos	31
Sección 1.2	Normas básicas para su atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan	31

SECCIÓN 2	Uso de los proveedores de nuestra red de planes para recibir atención médica	32
Sección 2.1	Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención	32
Sección 2.2	Atención médica que puede obtener sin derivación de un PCP	33
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores dentro de la red	34
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	35
SECCIÓN 3	Cómo acceder a servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención	35
Sección 3.1	Reciba atención si tiene una emergencia médica	35
Sección 3.2	Reciba atención cuando necesite servicios urgentemente	36
Sección 3.3	Reciba atención durante un desastre	36
SECCIÓN 4	¿Y si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	37
Sección 4.1	Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan	37
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	37
Sección 5.1	Qué es un estudio de investigación clínica	37
Sección 5.2	Quién paga por los servicios en un estudio de investigación clínica	38
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una institución religiosa de atención no médica	38
Sección 6.1	Una institución religiosa de atención no médica	38
Sección 6.2	Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención no médica	39
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de equipos médicos duraderos	39
Sección 7.1	No adquirirá el equipo médico duradero tras realizar un cierto número de pagos de conformidad con nuestro plan	39
Sección 7.2	Normas para el oxígeno, el equipo, los suministros y el mantenimiento	40
Capítulo 4	Tabla de beneficios médicos (qué se cubre y cuánto paga)	41
SECCIÓN 1	Comprenda sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos	41
Sección 1.1	Costos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos	41
Sección 1.2	¿Cuál es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?	41
Sección 1.3	Los proveedores no pueden facturarle el saldo	41
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos	42
SECCIÓN 3	Servicios cubiertos fuera de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP)	66
SECCIÓN 4	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan	70
Capítulo 5	Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D	72
SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan	72
Sección 1.1	En este capítulo se describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D	72
SECCIÓN 2	Surta sus recetas en una farmacia dentro de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan	73
Sección 2.1	Farmacias dentro de la red	73
Sección 2.2	Servicios de pedidos por correo de nuestro plan	74
Sección 2.3	Cómo conseguir un suministro a largo plazo de medicamentos	74
Sección 2.4	Uso de una farmacia que no esté en la red de nuestro plan	75
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	75
Sección 3.1	La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	75
Sección 3.2	Hay cinco niveles de costo compartido para medicamentos en la Lista de medicamentos	76
Sección 3.3	Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos	77
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones en la cobertura	77
Sección 4.1	Por qué algunos medicamentos tienen restricciones	77
Sección 4.2	Tipos de restricciones	77
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría	78
Sección 5.1	Qué debe hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto	79

SECCIÓN 6	Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar a lo largo del año	80
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	81
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	82
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos en situaciones especiales de la Parte D	82
Sección 9.1	En un hospital o centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan	82
Sección 9.2	Como residente en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)	82
Sección 9.3	Si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador o el plan para jubilados	82
Sección 9.4	Si está en cuidados paliativos certificados por Medicare	83
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de medicamentos y control de medicamentos	83
Sección 10.1	Programa de control de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar medicamentos opioides de forma segura	83
Sección 10.2	Programa de manejo de terapias con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos	84
Capítulo 6	Lo que paga por medicamentos de la Parte D	85
SECCIÓN 1	Lo que paga por medicamentos de la Parte D	85
Sección 1.1	Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos	85
Sección 1.2	Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo	85
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP)	86
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de beneficios</i> de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra	87
Sección 3.1	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos ..	87
SECCIÓN 4	La etapa de deducible	88
SECCIÓN 5	La etapa de cobertura inicial	88
Sección 5.1	Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta ...	88
Sección 5.2	Sus costos por un suministro <i>mensual</i> de un medicamento cubierto	89
Sección 5.3	Si su médico prescribe menos de un suministro mensual completo, puede que no tenga que pagar el costo de todo el suministro mensual	90
Sección 5.4	Sus costos por un suministro <i>a largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento cubierto por la Parte D	90
Sección 5.5	Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo anuales alcancen los \$2,400	91
SECCIÓN 6	La etapa de cobertura catastrófica	91
SECCIÓN 7	Información adicional sobre beneficios	91
Sección 7.1	Nuestro plan ofrece beneficios adicionales	91
SECCIÓN 8	Lo que paga por las vacunas de la Parte D	91
Capítulo 7	Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos	93
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios cubiertos o medicamentos	93
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió	95
Sección 2.1	Cómo y a dónde debe enviarnos su solicitud de pago	95
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos “sí” o “no”	96
Sección 3.1	Si le decimos que no pagaremos total o parcialmente la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación	96
Capítulo 8	Sus derechos y responsabilidades	97
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales	97

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)	97
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos	97
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal	98
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos	103
Sección 1.5	Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención	103
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos	104
Sección 1.7	Si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos	104
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	105
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	105
Capítulo 9	Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	106
SECCIÓN 1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	106
Sección 1.1	Términos legales	106
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada	106
SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema	107
SECCIÓN 4	Gestión de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare	108
SECCIÓN 5	Guía para decisiones y apelaciones de cobertura	108
Sección 5.1	Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	109
Sección 5.2	Normas y plazos para diferentes situaciones	110
SECCIÓN 6	Atención médica: cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	110
Sección 6.1	Qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura médica o si quiere que le devolvamos nuestra parte del costo de su atención	110
Sección 6.2	Cómo solicitar una decisión de cobertura	111
Sección 6.3	Cómo presentar una apelación de Nivel 1	112
Sección 6.4	Proceso de apelación de Nivel 2	114
Sección 6.5	Si nos pide que le devolvamos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica	115
SECCIÓN 7	Sus medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	116
Sección 7.1	En esta sección, se le informa qué debe hacer si tiene problemas para conseguir un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el dinero por uno de la Parte D	116
Sección 7.2	Solicite una excepción	117
Sección 7.3	Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones	118
Sección 7.4	Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción	118
Sección 7.5	Cómo presentar una apelación de Nivel 1	120
Sección 7.6	Cómo presentar una apelación de Nivel 2	122
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si cree que le van a dar de alta demasiado pronto	123
Sección 8.1	Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare que informa sobre sus derechos	124
Sección 8.2	Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria	124
Sección 8.3	Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria	126
SECCIÓN 9	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto	127
Sección 9.1	Le informaremos con antelación cuándo terminará su cobertura	127
Sección 9.2	Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	127

Sección 9.3	Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	129
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	130
Sección 10.1	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos	130
Sección 10.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D	131
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, atención al cliente u otras inquietudes	132
Sección 11.1	¿Qué tipo de problemas se gestionan en el proceso de quejas?	132
Sección 11.2	Cómo presentar una queja	133
Sección 11.3	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad	134
Sección 11.4	También puede informar a Medicare sobre su queja	134
Capítulo 10	Cómo terminar la membresía con nuestro plan	135
SECCIÓN 1	Cómo finalizar su membresía con nuestro plan	135
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	135
Sección 2.1	Es posible que pueda terminar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid	135
Sección 2.2	Puede finalizar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta	136
Sección 2.3	Puede finalizar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage	136
Sección 2.4	En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Periodo de inscripción especial	137
Sección 2.5	Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía	137
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía con nuestro plan	138
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	138
SECCIÓN 5	Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) debe poner fin a su membresía en ciertas situaciones	139
Sección 5.1	No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud	140
Sección 5.2	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía con nuestro plan	140
Capítulo 11	Avisos legales	141
SECCIÓN 1	Aviso sobre la legislación aplicable	141
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	141
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario	141
Capítulo 12	Definiciones	142

Capítulo 1 Empiece como miembro

SECCIÓN 1 Es miembro de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP)

Sección 1.1 Está inscrito en Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP), que es un Plan de Necesidades Especiales de Medicare

Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

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

Ha decidido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos a través de nuestro plan, Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso al proveedor en nuestro plan difieren de Medicare Original.

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

Dado que recibe ayuda de Medicaid para cubrir el costo compartido de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no tenga que pagar nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede ofrecerle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica como medicamentos con receta, cuidados a largo plazo o servicios domiciliarios y en la comunidad que normalmente no están cubiertos por Medicare. También recibirá "Ayuda Extra" de Medicare para cubrir los costos de sus medicamentos con receta de Medicare. Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) le ayudará a gestionar todos estos beneficios, para que reciba los servicios de atención médica y la asistencia para el pago a los que tiene derecho.

Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) está gestionado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Texas para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace ofrecerle su cobertura de atención médica de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos con receta.

Sección 1.2 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

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

El contrato está vigente durante los meses en que esté inscrito en Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios en nuestros planes que ofrecemos cada año natural. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su zona de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP). Puede continuar cada año obteniendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciendo nuestro plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tiene tanto Parte A de Medicare como Parte B de Medicare.
- Reside en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.3 que figura a continuación). Las personas encarceladas no se consideran que vivan en el área geográfica de servicio, aunque estén físicamente ubicadas en ella.
- Es ciudadano o nacional de Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan.

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

Nota: Si pierde su elegibilidad pero razonablemente se espera que la recupere en seis meses, entonces sigue siendo elegible para la membresía. En la Sección 2.1 del Capítulo 4, se le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante este periodo.

Sección 2.2 Medicaid

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

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

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

Sección 2.3 Área de servicio del Plan para Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP)

Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) está disponible solo para personas que viven en nuestra zona de servicio. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación e incluye los siguientes condados de **Texas**:

- | | |
|-------------|-----------|
| • Atascosa | • Kendall |
| • Bandera | • Medina |
| • Comal | • Wilson |
| • Guadalupe | |

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

Si se muda fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento) para ver si tenemos un plan en su nueva zona. Cuando se mude, tendrá un Periodo de inscripción especial para cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o nacional, o no ciudadano elegible

Debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por esta razón. Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) debe darle de baja si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Qué debe esperar cuando se una a nuestro plan por primera vez

Sección 3.1 Evaluación de riesgos para la salud

Cuando se incorpora por primera vez a nuestro plan, recibe 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. La HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

La HRA/Prueba de detección de riesgos de la salud (Health Risk Screening, HRS) consta de los siguientes componentes:

- Demografía de los miembros
- Documentación de la historia clínica y los antecedentes médicos, incluyendo medicamentos
- Evaluación inicial de las actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL)
- Evaluación inicial del estado de salud mental, incluyendo la función cognitiva
- Evaluación inicial de los problemas psicosociales
- Evaluación inicial de los Determinantes Sociales de la Salud (Social Determinants of Health, SDOH)
- Evaluación inicial de las actividades de planificación de la vida
- Evaluación de necesidades, preferencias o limitaciones culturales y lingüísticas
- Evaluación de necesidades visuales y auditivas, preferencias o limitaciones
- Evaluación de los recursos y la participación de los cuidadores
- Evaluación de los beneficios disponibles
- Evaluación de los recursos comunitarios
- Evaluación del estado funcional

Nos pondremos en contacto con usted para completar la HRA. La HRA puede completarse con el Miembro en varios formatos según la disponibilidad y preferencias del Miembro. El personal de Community First realiza la evaluación cara a cara, por teléfono, por correo postal o electrónicamente a través de nuestra página web. Le enviaremos más información sobre esta HRA. Luego nos comunicaremos con usted anualmente para cualquier actualización y determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención y plan de atención

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

Usted trabaja con un equipo de atención para elaborar un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención le dice a usted, a sus médicos y a otros proveedores de atención médica qué servicios necesita y cómo acceder a ellos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual u otros servicios.

En su plan de atención, se incluye lo siguiente:

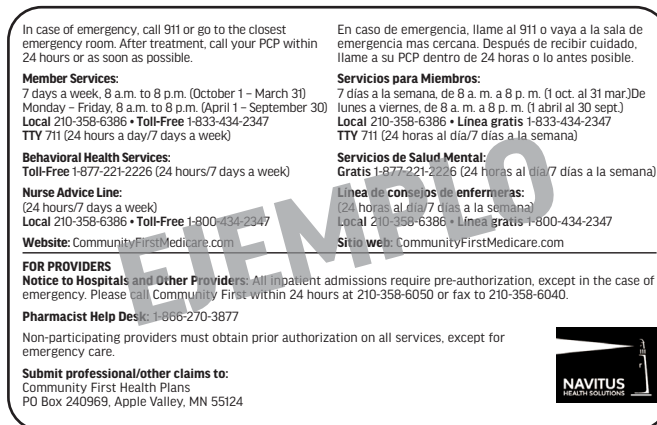
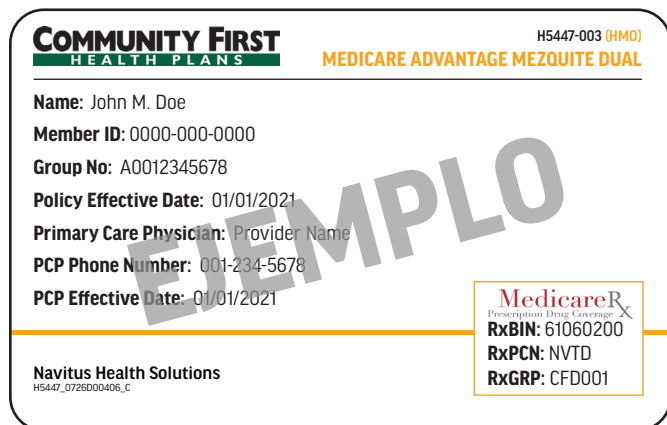
- sus objetivos de atención médica que prioriza, y
- un plazo para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan por los servicios que necesita. También le informan sobre servicios que quizá debería considerar contratar. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos cada año o según sea necesario si tiene algún cambio en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales importantes para la membresía

Sección 4.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Utilice su tarjeta de membresía siempre que obtenga cualquier servicio cubierto por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias dentro de la red. También debería mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. A continuación, se presenta un ejemplo con la tarjeta de membresía:



No use su tarjeta Medicare roja, blanca y azul para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Puede que se le pida que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participa en estudios clínicos aprobados por Medicare (también llamados “ensayos clínicos”).

Si su tarjeta de membresía se daña, pierde o la roban, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY: 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 4.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera nuestros proveedores dentro de la red y suministradores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores dentro de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, suministradores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido de plan como pago completo. Hemos organizado que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

Debe utilizar proveedores dentro de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si va a otro sitio sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios urgentemente necesarios cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que no es razonable o imposible acceder a servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera de la zona y los casos en los que Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

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

Sección 4.3 *Directorio de farmacias*

En el Directorio de farmacias de [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com) se enumeran nuestras farmacias dentro de la red. Las **farmacias dentro de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas cubiertas para nuestros miembros del plan. Utilice el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia dentro de la red que quiere usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no estén en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia en Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY: 711). También puede encontrar esta información en nuestra página web en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

Sección 4.4 *Lista de medicamentos (formulario)*

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). Indica qué medicamentos con receta están cubiertos por la Parte D incluida en Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP). 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 de conformidad con el Programa de negociación de precios de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos a menos que hayan sido retirados y reemplazados según se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos también le indica si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que son más utilizados por nuestros Miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no aparece en la Lista de medicamentos, debería visitar nuestra página web o ponerse en contacto con Servicios para Miembros para saber si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar la página web del formulario de nuestro plan ([MedicareRx.Navitus.com](https://www.MedicareRx.Navitus.com)) o llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY: 711).

SECCIÓN 5 Resumen de los costos importantes para 2027

Sus costos en 2027	
Plan mensual de prima	\$0
El deducible	Si es elegible para la ayuda del costo compartido de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.
Importe máximo de bolsillo Este es lo máximo que pagará de costo de bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	\$9,850
Visitas a consultorios de atención primaria	Si es elegible para la ayuda del costo compartido de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.
Visitas al consultorio de especialistas	Si es elegible para la ayuda del costo compartido de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.
Hospitalizaciones	Si es elegible para la ayuda del costo compartido de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más detalles).	\$700
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluyendo el deducible anual y las etapas de cobertura inicial y de cobertura catastrófica).	Su costo para un suministro mensual retenido en una farmacia dentro de la red con costo compartido estándar: Nivel 1 de medicamentos: genérico preferido; paga \$0 del costo total o \$0/\$0* Nivel 2 de medicamentos: genérico; paga el 25 % del costo total o \$0/\$27.01* Nivel 3 de medicamentos: marca preferida; paga el 25 % del costo total o \$0/\$57.30* Nivel 4 de medicamentos: medicamentos no preferidos; paga el 25 % del costo total o \$0/\$80.58* Nivel 5 de medicamentos: medicamentos especiales; paga el 25 % del costo total o \$0/\$452.65* Una vez que haya pagado \$2,400 de como gasto de bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del Plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Penalización por inscripción tardía de la Parte D (Sección 5.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 5.4)
- Importe del Plan de pago de medicamento por receta de Medicare (Sección 5.5)

Sección 5.1 Prima del plan

No paga una prima mensual separada por Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP).

Si ya recibe ayuda de alguno de estos programas, **la información sobre primas en esta Evidencia de cobertura no se aplica a su caso**. Le enviamos un documento aparte, llamado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Extra para pagar medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula del subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY: 711).

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

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare.

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

Sección 5.3 Penalización por inscripción tardía de la Parte D

Como es doblemente elegible, la Penalización por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero si pierde su condición podría incurrir en una LEP. La penalización por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de haber finalizado su periodo de inscripción inicial, hay un periodo continuo de 63 días o superior en el que no tenía la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. La cobertura de medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo haya pasado sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

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

- Recibe Ayuda Extra de Medicare que lo ayuda a pagar los gastos de sus medicamentos.
- No ha contado con una cobertura acreditable menos de 63 días seguidos
- Tenía una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente (como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [Veterans Administration, VA]). Su aseguradora o el departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es acreditable. Puede recibir esta información en una carta o un boletín de nuestro plan. Guarde esta información, porque puede que la necesite si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Nota: Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura de medicamentos con receta acreditable, que se espera pague tanto como el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y las páginas web de descuentos no son una cobertura para medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el importe de la multa. Así es como funciona:

- Primero, cuente el número de meses completos en los que retrasó la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de ser elegible para inscribirse. O cuente el número de meses completos en los que no tuvo una cobertura de medicamentos con receta acreditable, si la interrupción de la cobertura fue superior a 63 días.
- Luego, Medicare determina el importe de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare a nivel nacional correspondientes al año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2026, el importe promedio de esta prima fue de \$38.99. Este importe podría cambiar para 2027.
- Para calcular su penalización mensual, Medicare multiplica el número de meses no cubiertos (porcentaje de multa) por un 1 % de la prima base nacional de beneficiarios y luego redondea ese importe a \$38.99, lo que equivale a \$5.46 redondeando a \$5.50. Este importe se añadiría **a la prima mensual para alguien con una penalización por inscripción tardía de la Parte D.**

Tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta penalización mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual media puede variar cada año.
- **Seguirá pagando una multa cada mes** mientras esté inscrito en un plan que ofrezca beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura tras su periodo de inscripción inicial para envejecer en Medicare

Si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante puede solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** desde la fecha de la primera carta que reciba en la que se indica que debe pagar una penalización por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa penalización por inscripción tardía.

Sección 5.4 Importe de ajuste mensual basado en los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en los ingresos, algunos miembros pueden estar obligados a pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el Importe de ajuste mensual basado en los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado según lo que se informa en su declaración de la renta del IRS de hace dos años. Si este importe supera cierta cantidad, pagará el importe estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el importe adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite [Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, la Seguridad Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta diciéndole cuál será ese importe adicional. El importe adicional se deducirá de su cheque de beneficios de la Seguridad Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Gestión de Personal, independientemente de cómo pague habitualmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el importe adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el importe adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, será dado de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede pedir a la Seguridad Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame a la Seguridad Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 5.5 Importe de ajuste mensual basado en los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, algunos miembros pueden estar obligados a pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el Importe de ajuste mensual basado en los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado según lo que se informa en su declaración de la renta del IRS de hace dos años. Si este importe supera cierta cantidad, pagará el importe estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el importe adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite [Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs).

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, la Seguridad Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta diciéndole cuál será ese importe adicional. El importe adicional se deducirá de su cheque de beneficios de la Seguridad Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Gestión de Personal, independientemente de cómo pague habitualmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el importe adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el importe adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, será dado de baja de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede pedir a la Seguridad Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame a la Seguridad Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 5.6 Importe del Plan de pago de medicamentos por receta de Medicare

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

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

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado nuestro registro de membresía

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestre la cobertura específica de su plan, incluyendo su proveedor de atención primaria/grupo médico/IPA.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores dentro de nuestra red necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores dentro de la red utilizan su historial de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los importes de costo compartido para usted.** Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si realiza alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamo de responsabilidad, como los reclamos por accidente de tráfico
- Si lo ingresan en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera de la zona o de la red

- Si cambia su persona responsable designada (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informar su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que piensa participar, pero lo animamos a hacerlo).

Si parte de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

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

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

Medicare exige que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de conformidad con nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 en este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se enumera cualquier otra cobertura médica o de seguro de medicamentos que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 de este documento.

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

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

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se enumera cualquier otra cobertura médica o de seguro de medicamentos que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). Puede que necesite proporcionar nuestro número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si la cobertura principal no cubre costos. El pagador secundario puede no cubrir todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, al hospital y a la farmacia.

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

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un familiar, quién paga primero depende de la edad, la discapacidad o la enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad y usted o su familiar sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.

- Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de varios empleadores con más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a la ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin determinación de culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Indemnización laboral

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP)

Para recibir ayuda con los reclamos o la facturación o para realizar preguntas sobre su tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de Community First Health Plans. Estaremos encantados de ayudarle.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAMADA	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Disponemos de servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. 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	CommunityFirstMedicare.com

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

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

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones relacionadas con la atención médica o los medicamentos de la Parte D – Información de contacto
LLAMADA	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Disponemos de servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. (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	CommunityFirstMedicare.com
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Community First Health Plans directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, vaya a Medicare.gov/My/Medicare-Complaint.

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

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

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de contacto
LLAMADA	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Disponemos de servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. (Las 24 horas del día, los siete días de la semana).

Método	Quejas sobre la atención médica – Información de contacto
CORREO POSTAL	Community First Health Plans 12238 Silicon Drive, Suite 100 San Antonio, Texas 78249
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Para presentar una queja sobre Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) directamente ante Medicare, acceda a Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo pedirnos que paguemos el costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que considera que deberíamos cubrir, es posible que deba solicitarnos el reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

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

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
LLAMADA	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Disponemos de servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. (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	CommunityFirstMedicare.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

La agencia federal encargada de Medicare es Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados "CMS"). Esta agencia contrata a organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAMADA	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
CHAT EN DIRECTO	Chatee en directo en Medicare.gov/talk-to-someone .
CORREO POSTAL	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
PÁGINA WEB	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su zona, incluido su costo y los servicios que ofrecen. • Encuentre médicos, otros proveedores de atención médica o suministradores que participan en Medicare. • Infórmese sobre qué cubre Medicare, incluyendo los servicios preventivos (como pruebas de detección, vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelación de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que ofrecen los planes, los hogares de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de atención domiciliaria, los centros de diálisis, los centros de cuidados paliativos, los centros para pacientes internados y los hospitales de cuidados a largo plazo. • Busque páginas web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga respecto a Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP). Si desea presentar una queja ante Medicare, visite Medicare.gov/My/Medicare-Complaint. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.

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

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

El HICAP es independiente (no está vinculado a ninguna compañía de seguros ni a ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito de seguro médico local a personas que cuentan con Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarle con sus dudas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a entender sus derechos en Medicare, presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento y ayudarle a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del HICAP pueden ayudarlo a entender sus opciones en materia de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Programa de información, asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) (Texas SHIP) – Información de contacto
LLAMADA	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	info@shiptacenter.org
PÁGINA WEB	HHS.Texas.gov/Services/Health/Medicare

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

Una Organización para la Mejora de la Calidad designada atiende a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Texas, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Acentra Health.

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

Comuníquese con Acentra Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Entre algunos de los ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención se incluyen recibir la medicación equivocada, realizar pruebas o procedimientos innecesarios o recibir un diagnóstico erróneo.
- Considera que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación ambulatoria integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

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

SECCIÓN 5 Seguridad Social

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

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con la Seguridad Social para informarle.

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

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados.

Además, existen programas ofrecidos por Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorro de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año.

- **Programa para beneficiarios calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y Parte B de Medicare y otro costo compartido (como deducibles, coseguros y copagos).
- **Programa para beneficiarios de Medicare de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuo que cumple los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Programa para individuos incapacitados y empleados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto
LLAMADA	Línea directa para clientes 1-800-335-8957 De lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.
TTY	711 o 1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	Texas Health and Human Services P. O. Box 149024 Austin, TX 78714-9024
PÁGINA WEB	HHS.Texas.gov/Services/Health/Medicaid-CHIP

La Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas con el servicio o la facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una reclamación o apelar ante nuestro plan.

Método	Oficina del Defensor del Pueblo del HHS – Información de contacto
LLAMADA	1-877-787-8999 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	HHS Office of the Ombudsman P O Box 13247 Austin, TX 78711-3247
PÁGINA WEB	HHS.Texas.gov/Contact/Complaints-Appeals/HHS-Office-Ombudsman

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

Método	Oficina del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo – Información de contacto
LLAMADA	1-800-252-2412 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	En los condados de Atascosa, Banderita, Comal, Guadalupe, Kendall, Medina y Wilson: Oficina del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo c/o Area Agency on Aging of Alamo 8700 Tesoro Drive Suite 160 San Antonio, TX 78217
PÁGINA WEB	HHS.Texas.gov/Contact/Complaints-Appeals/HHS-Office-Ombudsman

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

La página web ([Medicare.gov/Basics/Costs/Help/Drug-Costs](https://www.Medicare.gov/Basics/Costs/Help/Drug-Costs)) ofrece información sobre las formas en las que puede reducir el costo de sus medicamentos con receta. Los programas que se enumeran a continuación pueden ayudar a personas con ingresos limitados.

Ayuda Extra de Medicare

Como es elegible para Medicaid, cumple los requisitos y recibe Ayuda Extra de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos con receta. No necesita hacer nada más para obtener esta Ayuda Extra.

Si tiene alguna pregunta sobre Ayuda Extra, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048;
- la Oficina de la Seguridad Social al 1-800-772-1213, de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes; los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- su Oficina Estatal de Medicaid al 1-800-735-2989.

Si cree que está pagando un importe incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le puede ayudar a obtener evidencia sobre su copago correcto. Si ya tiene evidencia sobre el importe adecuado, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

- Comuníquese con los Servicios para Miembros de Community First Health Plans al 210-358-6386 (local) o al número gratuito 1-833-434-2347. Un representante de Servicios para Miembros puede hablar con usted y explicarle el proceso para determinar si es elegible para obtener Ayuda Extra.
- Cuando tengamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando reciba su próxima receta en la farmacia. Si paga de más su copago, le reembolsaremos. O bien le remitimos un cheque por el importe de su pago en exceso o compensaremos futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo mantiene registrado como una deuda pendiente por su parte, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) si tiene preguntas.

¿Qué pasa si recibe Ayuda Extra y tiene cobertura de un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

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

¿Qué pasa si tiene cobertura de Ayuda Extra de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia de costo compartido con receta. El Programa de medicamentos contra el VIH en Texas (Texas HIV Medication Program, THMP) es el ADAP de su estado.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en Texas, las personas deben cumplir ciertos criterios, entre ellos: presentar un comprobante de residencia en el estado y del estado serológico respecto al VIH, tener bajos ingresos según la definición estatal y no contar con seguro médico o tener una cobertura insuficiente. Si cambia de plan, avise a su trabajador local de inscripción de ADAP así puede seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a The Texas HIV Medication (THMP).

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar medicamentos con receta según la necesidad económica, la edad, la afección médica o las discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es la Tarjeta de medicamentos de Texas.

Método	Tarjeta de medicamentos de Texas – Información de contacto
LLAMADA	855-469-8979
CORREO POSTAL	TexasDrugCard.com/Contact
PÁGINA WEB	TexasDrugCard.com

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 funciona con su cobertura de medicamentos actual y lo ayuda a gestionar sus costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, repartiéndolos 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 ayudarlo a gestionar sus gastos, pero no representa un ahorro de dinero ni una reducción del costo por los medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027: no necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027.** Ayuda Extra de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes cumplen los requisitos, es más ventajosa que participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

Método	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare – Información de contacto
LLAMADA	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Disponemos de servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. 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	CommunityFirstMedicare.com

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

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

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

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o para jubilados (o de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al empleador/administrador de beneficios sindical o a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) para cualquier pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud de su empleador o jubilado (o de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el periodo de inscripción. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para tener preguntas sobre su cobertura de Medicare de conformidad con este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Capítulo 3 Uso de nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo acceder a la atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener su atención médica y otros servicios. Para obtener detalles sobre la atención médica y otros servicios que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la atención médica con certificación estatal para ofrecer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores dentro de la red** son los médicos y otros profesionales de la atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el importe de su costo compartido como pago completo. Hemos organizado que estos proveedores ofrezcan servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le prestan. Cuando consulta a un proveedor dentro de la red, no paga nada o solo paga su parte del costo de los servicios cubiertos.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, equipos y medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica están enumerados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se discuten en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para su atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Medicare Original (Capítulo 4: lo que se cubre).

Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe esté incluida en la Tabla de beneficios de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesaria” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tenga un proveedor de atención primaria en red (un PCP) que proporcione y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) dentro de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información). En la mayoría de los casos, su PCP dentro de la red o de nuestro plan deben darle una aprobación (una derivación) antes de que pueda utilizar otros proveedores de nuestra red, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
- No necesita derivaciones de su PCP para acceder a la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios. Para informarse sobre otros tipos de atención que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.

- **Debe recibir su atención de un proveedor dentro de la red** (Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que recibe 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 tiene que pagar al proveedor por la totalidad de los servicios que recibe. A continuación, se mencionan 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios que obtiene de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para consultar qué son los servicios de emergencia o urgentemente necesarios, consulte la Sección 3.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que la ofrezcan, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo conseguir la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que obtiene en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio esté temporalmente inaccesible o no disponible. El costo compartido que paga a nuestro plan para los servicios de diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en Medicare Original. Si está fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene los servicios de diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga en la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para los servicios de diálisis está temporalmente no disponible y decide recibir servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de nuestra red de planes para recibir atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención

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

Un proveedor de atención primaria también se conoce como PCP. Un PCP es un médico dentro de la red, seleccionado por usted, que le ofrece los servicios cubiertos.

¿Qué tipo de proveedores pueden ser PCP?

Entre los tipos de proveedores que generalmente son PCP se incluyen las siguientes áreas:

- Medicina General
- Medicina de Familia
- Medicina Interna

¿Cuál es la función de mi PCP?

Su relación con su PCP es importante porque este es responsable de sus necesidades de atención médica rutinarias, coordina todos los servicios cubiertos, mantiene sus registros médicos y garantiza la continuidad de su atención. Si necesita una cita con un especialista dentro de la red u otro proveedor que no sea su PCP, debería hablar con él.

¿Cómo elige un PCP?

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

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

Si no selecciona un PCP en el momento de la inscripción, Community First Health Plans puede elegir uno para usted. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Consulte cómo cambiar de PCP a continuación.

Cómo 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 quiere 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.

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

Puede obtener los servicios que se mencionan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica rutinaria para la mujer, que incluye exámenes mamarios, mamografías (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los obtenga de un proveedor dentro de la red.
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre que las reciba de un proveedor dentro de la red.
- Servicios de emergencia brindados por proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red.
- Los servicios urgentemente necesarios cubiertos por el plan son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si es poco razonable recibir este servicio de proveedores dentro de la red dada la hora, el lugar y las circunstancias. Entre algunos de los ejemplos de servicios urgentemente necesarios se encuentran las enfermedades médicas imprevistas y las lesiones o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas rutinarias médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran urgentemente necesarias, incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de planes está temporalmente no disponible.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. (Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar su cita de diálisis de mantenimiento mientras esté fuera. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la portada de este documento).
- Suministros para diabéticos y zapatos terapéuticos o plantillas de un proveedor dentro de la red.
- Servicios quiroprácticos siempre que los obtenga de un proveedor dentro de la red.
- Visitas a un especialista dentro de la red, siempre que las obtenga de un proveedor dentro de la red.
- Servicios de salud mental o psiquiátricos siempre que los obtenga de un proveedor dentro de la red.
- Servicios de podología siempre que los obtenga de un proveedor dentro de la red.
- Servicios de programa de tratamiento con opioides de un proveedor dentro de la red.
- Servicios ambulatorios de abuso de sustancias de un proveedor dentro de la red.
- Servicios de sangre ambulatorios de un proveedor dentro de la red.
- Su examen anual de salud de un proveedor dentro de la red.
- Cubre beneficios complementarios como 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 gafas de un proveedor dentro de la red.
- Exámenes de audición y audífonos de un proveedor dentro de la red.

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

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

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

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

Ni nuestro plan ni Medicare pagarán por los servicios, los suministros, los tratamientos, las cirugías o las terapias farmacológicas correspondientes a los servicios especializados cuando se requiera una autorización y esta no se haya obtenido de Community First Health Plans, excepto en los casos de servicios de emergencia, servicios urgentemente necesarios, servicios de diálisis fuera del área de cobertura y servicios de atención posteriores a la estabilización, o cuando usted cuente con una autorización previa para un proveedor fuera de la red.

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

Consulte el Directorio de proveedores para ver un listado de especialistas en planes disponibles a través de su red o puede consultar el Directorio de proveedores en línea en la página web que figura en el Capítulo 2 de este documento.

Cuando un especialista u otro proveedor dentro de la red abandona nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y las especialistas (proveedores) dentro de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, tiene los siguientes derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar a lo largo del año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de elegir otro.
 - Si su proveedor de atención primaria o proveedor de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de este o si lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para continuar con la atención.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo tratamientos o terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de planes.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o es insuficiente para cubrir sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores mediante el costo compartido dentro de la red. Se necesita autorización previa.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará nuestro plan, contáctenos para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que gestione su atención.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su anterior proveedor o que su atención no se gestiona adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja por calidad de atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), una reclamación de la calidad de atención a nuestro plan, o ambas (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

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

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

Sección 3.1 Reciba atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de vidas (y, si está embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), la pérdida de un miembro o la pérdida de una discapacidad grave en una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No necesita obtener la aprobación ni una derivación de su PCP primero. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red dentro de EE. UU.
- **Lo antes posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberían llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, normalmente en un plazo de 48 horas. Comuníquese con Servicios para Miembros en el número de teléfono que aparece en la parte trasera de su tarjeta de membresía del plan.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier parte de Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma pueda poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le presten atención de emergencia decidirán cuándo su afección es estable y cuándo termina la emergencia médica.

Una vez superada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado sigue siendo estable. Sus médicos seguirán atendiéndole hasta que nos contacten y planifiquen una atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si su atención de emergencia la proporcionan proveedores fuera de la red, intentaremos organizar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Y si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría solicitar atención de emergencia pensando que su salud está en grave peligro y el médico puede decir que no fue una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que razonablemente creyera que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico diga que *no* fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe la atención adicional de una de estas dos maneras:

- Visita a un proveedor dentro de la red para recibir la atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera un servicio urgentemente necesario y debe seguir las siguientes normas para acceder a esta atención urgente.

Sección 3.2 Reciba atención cuando necesite servicios urgentemente

¿Qué son los “servicios urgentemente necesarios”?

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es urgentemente necesario si está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si es poco razonable obtener este servicio de proveedores de la red dada la hora, el lugar y las circunstancias. Entre algunos de los ejemplos de servicios urgentemente necesarios se encuentran las enfermedades médicas imprevistas y las lesiones, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias médicamente necesarias al médico, como las revisiones anuales, no se consideran urgentemente necesarias incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de planes no está disponible temporalmente.

¿Qué pasa si está en el área de servicio de nuestro plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Siempre debería intentar obtener servicios urgentemente necesarios de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores están temporalmente inaccesibles o no están disponibles y no es razonable esperar a recibir atención de su proveedor de red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios urgentemente necesarios que reciba de un proveedor fuera de la red. Consulte su Directorio de proveedores para ver la lista de Centros de Atención Urgente de la red.

¿Qué pasa si está fuera del área de servicio de nuestro plan cuando necesita atención urgente?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor dentro de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de emergencia urgentemente necesarios que reciba de cualquier proveedor.

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

Sección 3.3 Reciba atención durante un desastre

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

Visite [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com) para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre..

Si no puede utilizar una farmacia dentro de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red mediante el costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia dentro de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir su receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si ha pagado por sus servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede pedirnos que paguemos nuestra parte de los costos de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan

Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios enumerados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, o servicios fuera de la red sin autorización, es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Por ejemplo, Community First Health Plans cubre un examen físico rutinario al año y recibe ese reconocimiento físico rutinario, pero elige hacer un segundo reconocimiento rutinario dentro del mismo año. En este ejemplo, paga el costo total del segundo reconocimiento físico rutinario. Cualquier importe que pague después de haber alcanzado el límite de beneficios no cuenta para su costo de bolsillo máximo anual. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre el costo de bolsillo máximo de su plan). Puede llamar a Servicios para Miembros cuando quiera saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado “*ensayo clínico*”) es una forma en la que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios clínicos están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar la participación voluntaria en el estudio. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa que forma parte de un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó de más, por ejemplo, si ya pagó el importe de costo compartido de Medicare Original, reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Tendrá que aportar documentación que nos demuestre cuánto pagó.

Si quiere participar en un estudio clínico aprobado por Medicare, no necesita decírnoslo ni obtener la aprobación de nosotros ni de su PCP. Los proveedores que prestan su atención como parte del estudio clínico no necesitan formar parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluyendo ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [National Coverage Determination with Coverage with Evidence Development, NCD-CED] y estudios de exención de dispositivos en investigación [Investigational Device Exemption, IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

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

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

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

Una vez que participa en un estudio clínico aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los elementos y servicios rutinarios que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Alojamiento y manutención para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención

Medicare Original cubre la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre la participación en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo importe por los servicios que recibe como parte del estudio que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

A continuación, se brinda un ejemplo del costo compartido en un ensayo clínico: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Su parte del costo de esta prueba es de \$20 de conformidad con Medicare Original, pero la prueba sería de \$10 de conformidad con nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba, y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Notificaría a nuestro plan que ha recibido un servicio calificado de ensayos clínicos y presentaría documentación (como una factura de proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente \$10. Esto hace que su pago neto por la prueba sea de \$10, el mismo importe que pagaría de conformidad con los beneficios de nuestro plan.

Cuando forma parte de un estudio clínico, **ni Medicare ni nuestro plan cubrirán ninguno de las siguientes situaciones:**

- Generalmente, Medicare no paga el nuevo producto o servicio que el estudio está evaluando a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si no estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y que no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no paga las TC mensuales realizadas como parte de un estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una TC.
- Los artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación son gratuitos para las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare “Medicare and Clinical Research Studies” disponible en [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.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención no médica

Una institución religiosa de atención no médica es un centro que proporciona atención a una afección que normalmente sería tratada 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 las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura para la atención en una institución religiosa de atención no médica. Puede optar por buscar atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se concede únicamente para servicios hospitalarios de la Parte A (servicios de atención no médica).

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

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

- **La atención médica o el tratamiento** no exceptuados es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no esté requerido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario ni es *obligatorio* según la ley federal, estatal o local.

Para estar 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, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - – **y** – Debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser ingresado en el centro, de lo contrario, su estancia no estará cubierta.

Está cubierto durante días ilimitados en el hospital, siempre que su estancia cumpla con las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en la sección Atención hospitalaria para pacientes internados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 No adquirirá el equipo médico duradero tras realizar un cierto número de pagos de conformidad con nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas hospitalarias encargadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos objetos, como prótesis. En esta sección, hablamos de otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo tras pagar copagos durante 13 meses. **Como miembro de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP), normalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No adquirirá la propiedad del DME, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por dicho equipo mientras tenía Medicare Original, antes de inscribirse en nuestro plan.

¿Qué ocurre con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si cambia a Medicare Original?

Si no adquirió la propiedad del artículo del DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para poder adquirir el artículo de DME. Los pagos que realizó mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo a Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó a Medicare Original no cuentan. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Medicare Original para poder adquirir el artículo.

Ejemplo 2: hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo a Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No adquirió el artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 pagos nuevos consecutivos para adquirir el artículo una vez que vuelva a unirse a Medicare Original. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

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

Si cumple los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) cubrirá lo siguiente:

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

Si abandona Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) o ya no necesita médicamente un equipo de oxígeno, entonces el equipo de oxígeno debe ser devuelto.

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

Medicare Original exige que un suministrador de oxígeno le preste servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses alquila el equipo. Los 24 meses restantes el suministrador proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de cinco años puede elegir quedarse en la misma empresa o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si sigue en la misma empresa, lo que le obliga a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (qué se cubre y cuánto paga)

SECCIÓN 1 Comprenda sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP). En esta sección también se ofrece información sobre sus servicios médicos que no están cubiertos.

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

Entre los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos se incluyen los siguientes:

- **Deducible:** el importe que debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **Copago:** el importe fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos 2 le informa más sobre sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le informa más sobre su coseguro).

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

Nota: Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este importe máximo de bolsillo. No es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para cubrir el importe máximo de bolsillo por los servicios cubiertos por las Partes A y Partes B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el importe que debe pagar de costo de bolsillo cada año por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina importe máximo de bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) para los servicios médicos. **Para el año natural 2027, el importe del MOOP es de \$9.850.**

Los importes que paga por copagos y coseguros por servicios cubiertos cuentan para este importe máximo de bolsillo. (Los importes que paga por sus medicamentos de la Parte D no cuentan para su importe máximo de bolsillo. Además, los importes que paga por algunos servicios no cuentan para su importe máximo de bolsillo. Estos servicios están marcados con una "X" en la Tabla de beneficios médicos). Si alcanza el importe **máximo de bolsillo de \$9.850**, no tendrá que pagar costos de bolsillo durante el resto del año por la cobertura cubierta. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el importe de costo compartido cuando cubra los servicios de nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales separados, llamados **facturación de saldo**. Esta protección (que nunca pague más que el importe de costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aunque haya una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección frente a la facturación de saldo:

- Si su costo compartido es un copago (un importe fijo de dólares, por ejemplo, \$15.00), solo paga ese importe por cualquier servicio cubierto de un proveedor de red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje del total de cargos), nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación o para emergencias o servicios urgentemente necesarios).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en ciertas situaciones, como cuando recibe una derivación o para emergencias o servicios urgentemente necesarios fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

No permitimos que los proveedores le facturen servicios cubiertos. Pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos

En la Tabla de beneficios médicos que figura en las siguientes páginas se enumeran los servicios que cubre Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) y lo que paga de su bolsillo por cada servicio. (La información respecto cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos solo se cubren cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben prestarse conforme a las pautas de cobertura.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA puede no requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe su atención de un proveedor de red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta salvo que sea atención de emergencia o urgente, o a menos que nuestro plan o un proveedor 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 obtiene.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle la aprobación previa (una derivación) antes de que pueda ver a otros proveedores dentro de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene la aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa se marcan en la Tabla de beneficios con un asterisco.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido para los servicios de Medicare, incluyendo copagos o coseguros de Medicare para servicios hospitalarios y ambulatorios. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como cuidados a largo plazo, medicamentos de venta libre y servicios en el hogar y en la comunidad.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su Manual de *Medicare & You 2027*. Puede consultarlo en línea en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o puede pedir una copia llamando 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).
- Para los servicios preventivos cubiertos gratuitamente por Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también lo tratan o supervisan por una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para dicha afección médica.
- Si Medicare añade cobertura si tiene Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare añade cobertura para algún servicio durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del periodo de seis meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, el importe de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y suplementarios no cambian.
- No paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

 Utilizamos esta manzana en la Tabla de beneficios médicos para indicar qué servicios son preventivos.

Medicamento necesario: significa los servicios de atención médica, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su enfermedad, lesión o afección que, según lo determine Community First Health Plans, a su exclusiva discreción, cumplan con todos los siguientes requisitos:

- Se ajustan a los **Estándares generalmente aceptados de práctica médica**.
- Son los más adecuados, en términos de tipo, frecuencia, extensión, ubicación y duración, y se consideran eficaces para su enfermedad, lesión o afección.
- No tienen como finalidad principal satisfacer sus necesidades personales ni las de su médico u otro proveedor de atención médica.
- Satisfacen sus necesidades médicas, sin excederlas; son, como mínimo, tan beneficiosos como una alternativa existente, disponible y médicamente adecuada; y se proporcionan de la manera más rentable que pueda realizarse de forma segura y eficaz.

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

Si no existe evidencia científica acreditable, pueden considerarse estándares basados en las recomendaciones de sociedades de especialidades de médicos o en estándares profesionales de atención. Community First Health Plans se reserva el derecho de consultar la opinión de expertos para determinar si los servicios de atención médica son médicamente necesarios. La decisión de aplicar las recomendaciones de la sociedad de especialistas médicos, la elección del experto y la determinación de cuándo utilizar cualquier opinión experta será de nuestra exclusiva discreción.

Tabla de beneficios

Servicio cubierto	Lo que paga
 Examen de aneurisma abdominal aórtico Una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba 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).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para esta prueba de detección preventiva.
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para situaciones de emergencia o que no lo sean, incluyen servicios de ambulancia aérea (de ala fija o rotatoria) y terrestre hacia el centro adecuado más cercano capaz de brindar atención, siempre y cuando se presten a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte pudieran poner en peligro su salud, o bien si cuentan con la autorización de nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no aplican a una situación de emergencia, debe documentarse que el estado del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente obligatorio.	Copago de \$0 para ambulancia terrestre o aérea (solo ida) Se requiere autorización previa para transporte para casos que no sean de emergencia
 Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede realizar una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses siguientes a su visita preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.
 Medición de masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, es decir, personas con riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluyendo la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años • Una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama cada 24 meses	No se aplica coseguro, copago ni deducible para mamografías de pruebas de detección cubiertas.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de rehabilitación cardíaca Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los miembros que cumplen ciertas afecciones con orden médica. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • Infarto en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass de las arterias coronarias • 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 stents coronarios (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o 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 consiga 36 sesiones más que se puedan repartir en un periodo de tiempo más largo.	Copago de \$0 Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.
 Visita para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el consumo de aspirina (si es apropiado), comprobar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que come sano.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular) cada cinco años (60 meses)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubran una vez cada cinco años.
 Prueba de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o vaginal, o tiene edad fértil y se ha hecho una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años: una prueba cada 12 meses	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los exámenes preventivos de Papanicolaou y pélvicos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación	Copago de \$0

Servicio cubierto	Lo que paga
 Prueba de detección del cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes no de alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo tras una colonoscopia de prueba de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes no en alto riesgo tras haber recibido una colonoscopia como prueba de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años en adelante. 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 del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento tras una prueba de detección no invasiva de heces cubierto por Medicare, que da positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia planificada que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección del cáncer colorrectal cubierta por Medicare, excluyendo enemas de bario, para los que se aplica coseguro. Si su médico detecta y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen diagnóstico.
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como la limpieza, los exámenes dentales rutinarios y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare actualmente paga por servicios dentales en un número limitado de circunstancias, especialmente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Entre algunos de los ejemplos se 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 previos a un trasplante de riñón. Cubrimos: <u>Servicios dentales preventivos:</u> Exámenes orales, limpieza, tratamientos con flúor, radiografías <u>Servicios dentales integrales:</u> Servicios no rutinarios, diagnósticos, restauradores, periodoncia, extracciones, prótesis, otras cirugías orales/maxilofaciales, otros servicios	Este plan tiene un copago de \$0 para los servicios dentales. El plan cuenta con un sistema integral y preventivo combinado de \$2,500.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Prueba de detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión al año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una visita anual de prueba de detección de la depresión.
 Prueba de detección de la diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluyendo pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: hipertensión, antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de glucosa alta en sangre. También pueden cubrirse pruebas si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para hasta dos revisiones de diabetes cada 12 meses desde la fecha de su prueba de detección más reciente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.
 Formación en autogestión de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas para glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. • Para personas con diabetes que padecen enfermedad diabética grave del pie: un par por año natural de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidos los plantillas) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de calce profundo y tres pares de plantillas (sin contar los plantillas extraíbles no personalizadas que se incluyen con dichos zapatos). La cobertura incluye la colocación. • La capacitación en autogestión de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	Copago de \$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para conocer una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Entre algunos de los artículos cubiertos se incluyen los siguientes: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias encargadas por un proveedor para uso en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro suministrador en su zona no tiene una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede pedirlo especialmente para usted. La lista más reciente de suministradores está disponible en nuestra página web en CommunityFirstMedicare.com. Generalmente, Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) cubre cualquier DME cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos diga que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es nuevo en Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) y usa una marca del DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriéndola por usted por hasta 90 días. Durante este tiempo, debería hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este periodo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).	Copago de \$0 Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • La atención de emergencia se refiere a los Proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia, y • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de vidas (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo no nacido), la pérdida de una extremidad o la pérdida de función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para dichos servicios prestados dentro de la red. Esta cobertura solo está cubierta dentro de EE. UU. cuando sea necesaria. Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) no cubre la atención de emergencia a nivel mundial.	Copago de \$0 Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de estabilizar su afección de emergencia, debe regresar a un hospital dentro de la red para que su atención siga siendo cubierta, <i>O</i> debe recibir su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizada por nuestro plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Programas de educación en salud y bienestar Silver Sneakers es un programa de acondicionamiento físico que ofrece clases en línea, vídeos bajo demanda, clases comunitarias de FLEX y mucho más. Este programa ofrece programas de acondicionamiento físico, nutrición y un estilo de vida más saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este programa.
Servicios auditivos Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro profesional calificado. Exámenes de audición rutinarios Ajuste/evaluación de audífonos Audífonos	Copago de \$0 (uno al año) Copago de \$0 (uno al año) Copago de \$0 (límite de beneficios de \$2,500 cada año)
 Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros que cumplen los requisitos para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Atención a la agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención domiciliaria, el médico debe certificar que necesita servicios de atención domiciliaria y ordenará que los servicios de atención domiciliaria los proporcione una agencia de atención domiciliaria. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo. Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Servicios de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente y auxiliares de salud domiciliaria (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios combinados de enfermería especializada y auxiliar domiciliario deben sumar menos de ocho horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.

Servicio cubierto	Lo que paga
Cuidados paliativos Es elegible para la prestación de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal certificando que está en fase terminal y que tiene seis meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluyendo programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red. Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria Para servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga. Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni urgencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor en la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de red, solo paga el importe de costo compartido de nuestro plan por servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido si tiene Medicare por Pago por Servicio (Medicare Original) Para los servicios cubiertos por la Evidencia de cobertura 2027 de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO) pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare: la Evidencia de cobertura 2027 de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO) continuará cubriendo los servicios del plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, independientemente de si están relacionados o no con su pronóstico de enfermedad terminal. Paga el importe de costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué ocurre si está en cuidados paliativos certificados de Medicare?</i>). Nota: Si necesita atención no relacionada con cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe ponerse en contacto con nosotros para organizar los servicios.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de las Partes A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP).

Servicio cubierto	Lo que paga
 Inmunizaciones Entre los servicios cubiertos de Parte B de Medicare se incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe (o vacunas), una vez por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales (o vacunas) si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce sus antecedentes de vacunación o tiene alguna otra afección que se ponga en alto o intermedio riesgo de contraer hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos de conformidad con nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.
Atención hospitalaria Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día en que le ingresan formalmente con orden médica. El día antes de que le den el alta es su último día de ingreso. Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicamentos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de electrodomésticos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operación y recuperación • Terapia física, ocupacional y del lenguaje • Servicios de tratamiento hospitalario para abuso de sustancias	Se requiere autorización previa. Para las admisiones cubiertas por Medicare, por periodo de beneficio: paga un copago de \$0. Un periodo de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un centro de enfermería especializada [Skilled Nursing Facility, SNF]) durante 60 días seguidos. Si entra en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficios. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)	
- Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córneas, riñones, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinales/multiviscerales. Si necesita un trasplante, organizaremos que su caso sea revisado por un centro aprobado por Medicare que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención comunitaria, puede optar por acudir por opciones locales siempre que los proveedores locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para los trasplantes en su comunidad y usted decide obtener trasplantes en este lugar lejano, organizaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y su acompañante. - Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos compactados comienza solo con el cuarto litro de sangre que necesite: debe pagar los costos de los primeros tres litros de sangre que reciba en un año natural o que usted o alguien más le done la sangre. Se cubren todos los demás componentes de la sangre, comenzando con la primera pinta utilizada. Servicios médicos	Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de estabilizar su afección de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Copago de \$0 por las tres primeras pintas de sangre.
Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe emitir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque permanezca en el hospital toda la noche, aún podría considerarse un "paciente ambulatorio". También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en la web 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. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas, los siete días de la semana.	Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de estabilizar su afección de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de hospitalización en un hospital Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico - Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención médica mental que requieren hospitalización. Existe un límite vitalicio de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental hospitalaria proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general - Servicios residenciales/hospitalarios para abuso de sustancias	Se requiere autorización previa. Para las admisiones cubiertas por Medicare por periodo de beneficios: paga un copago de \$0. Un periodo de beneficios comienza el primer día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si entra en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficios. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.
Estancia hospitalaria: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de atención domiciliaria durante una estancia hospitalaria no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estancia no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: - Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) - Radioterapia, terapia con radio y terapia con isótopos, incluidos los materiales y servicios de los técnicos - Vendajes quirúrgicos - Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones - Dispositivos protésicos y ortésicos (que no sean dentales) que reemplacen la totalidad o parte de un órgano interno (incluido el tejido adyacente), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno que no funcione o cuyo funcionamiento sea defectuoso de manera permanente, incluyendo el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos - Soportes o aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o cambios en la condición física del paciente - Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional - Servicios médicos	Cuando su estancia deje de estar cubierta, estos servicios estarán cubiertos como se describe en las siguientes secciones: Consulte a continuación <i>Pruebas diagnósticas ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos</i>. Consulte a continuación <i>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</i>. Consulte a continuación <i>Servicios de rehabilitación ambulatoria</i>. Consulte a continuación <i>Servicios para médicos/profesionales, incluyendo visitas a consultas médicas</i>.

Servicio cubierto	Lo que paga
Beneficio de comida Hasta 60 comidas proporcionadas tras un ingreso hospitalario	Copago de \$0 Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.
 Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero no en diálisis) o tras un trasplante de riñón cuando lo solicite su médico. Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante su primer año en que reciba servicios de terapia nutricional médica si tiene Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y dos horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podría recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario durante el siguiente año natural.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros que tienen derecho a servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para el cambio de conducta en la salud que proporciona capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.

Servicio cubierto	Lo que paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, por lo general, el paciente no se administra por sí mismo y que se inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios de un médico, de un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o de un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que usted utiliza mediante equipos médicos duraderos (como nebulizadores) y que fueron autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer Leqembi® (nombre genérico: lecanemab) se administra por vía intravenosa. Además del costo de la medicación, es posible que necesite pruebas y exploraciones adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se administra mediante inyección si tiene hemofilia • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre el tratamiento farmacológico para trasplantes si Medicare pagó por 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 cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis: si usted no puede salir de casa, sufre una fractura ósea que un médico certifique como relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Ciertos 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 orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si se trata de un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo principio activo que contiene el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos para el cáncer oral, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.	Copago de \$0 Se requiere autorización para medicamentos con cargos facturados superiores a \$500 por dosis.

Servicio cubierto	Lo que paga
• Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted utiliza como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se utilizan como sustituto terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato bajo el sistema de pago para ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted padece enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones específicas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina alfa, Aranesp®, Darbepoetina alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades por inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluyendo las normas que debe seguir para que las recetas estén cubiertas. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
 Prueba 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, ofrecemos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección y terapia preventiva de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden acceder a servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT), agonistas y antagonistas de los opioides, aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU. • Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Consejería sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Copago de \$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Pruebas diagnósticas ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Rayos X • Terapia de radiación (radio e isótopos) incluyendo materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos compactados comienza solo con el cuarto litro de sangre que necesite: debe pagar los costos de los primeros tres litros de sangre que reciba en un año natural o que usted o alguien más le done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre se cubren desde la primera pinta utilizada • Pruebas diagnósticas no de laboratorio como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica les ordena tratar un problema médico • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias	Copago de \$0 Se requiere autorización para ciertos procedimientos de PET, medicina nuclear y cardiología nuclear; RM/ARM (si no ha sido solicitada por un neurocirujano o un especialista en ortopedia); estudios SPECT; imágenes tridimensionales (3D)/CTA (si no han sido solicitadas por un cardiólogo o un especialista en cirugía cardiorádica); estudios del sueño y monitorización mediante video-EEG. Se requiere autorización para radioterapia modulada de intensidad (Intensity Modulated Radiation Therapy, IMRT), radiocirugía estereotáxica (Stereotactic Radiosurgery, SRS) y radioterapia corporal estereotáctica (Stereotactic Body Radiation Therapy, SBRT).
Observación ambulatoria en hospitales Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se prestan para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalario o si puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación ambulatoria en hospitales estén cubiertos, 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 de licencias y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalario, es paciente ambulatorio y paga el importe de costo compartido por los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital toda la noche, aún podría considerarse un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, debería preguntar al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare, <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en la web 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. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas, los siete días de la semana.	Copago de \$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica ambulatoria, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención médica mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin ella se requeriría tratamiento de hospitalización • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse por sí mismo Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalario, es paciente ambulatorio y paga los importes de costo compartido por los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital toda la noche, aún podría considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es paciente ambulatorio, debería preguntar al personal del hospital.	Copago de \$0
Atención médica mental ambulatoria Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con certificación estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico (Clinical Social Worker, CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), asesor profesional con licencia (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), personal de enfermería de práctica avanzada (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención médica mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Copago de \$0
Servicios de rehabilitación ambulatoria Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se ofrecen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios hospitalarios, consultas de terapeutas independientes y centros de rehabilitación ambulatoria integral (CORF).	Copago de \$0
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Tratamiento ambulatorio y asesoramiento para el abuso de sustancias.	Copago de \$0
Cirugía ambulatoria, incluyendo servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si lo operan en un centro hospitalario, debería consultar con su médico si será paciente hospitalario o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para ingresarlo como paciente hospitalario, es paciente ambulatorio y paga los importes de costo compartido de la cirugía ambulatoria. Aunque permanezca en el hospital toda la noche, aún podría considerarse un “paciente ambulatorio”.	Copago de \$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Artículos de venta libre (OTC) Los SSBCI y los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) ahora están cubiertos como una asignación combinada de beneficios. Tiene una asignación del plan combinada de \$200 por trimestre (con traspaso de un trimestre al siguiente). Si cumple los requisitos para recibir SSBCI, puede utilizar esta asignación para gastos elegibles de SSBCI. Todos los fondos deben usarse antes de que finalice el año del plan (31 de diciembre).	Copago de \$0 por artículos cubiertos de venta libre
Servicios de hospitalización parcial La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado 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 con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización. El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se ofrece en un departamento ambulatorio hospitalario, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Copago de \$0
Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS) Sistema de monitorización electrónica y respuesta a emergencias disponible	Copago de \$0

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios médicos/profesionales, incluidas las consultas médicas Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico • Breves revisiones virtuales • Evaluación remota de videos e imágenes pregrabados enviados a su médico • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro médico electrónico, siempre que usted no sea un paciente nuevo • Segunda opinión antes de una cirugía • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación contra enfermedades neoplásicas/cáncer, o servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico) • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para diálisis domiciliaria, ya sea en un centro de diálisis renal vinculado a un hospital o a un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular (derrame cerebral), independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un 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, si: » Usted tiene una visita presencial dentro de los seis meses anteriores a su primera visita de telesalud » Usted tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud » Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de 5 a 10 minutos de duración, si: » Usted no es un paciente nuevo y » La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos siete días y » La consulta no deriva en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible más próxima • Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si: » No es un paciente nuevo y » La evaluación no deriva en una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible más próxima • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o a través de la historia clínica electrónica	Copago de \$0 por visita en una consulta médica

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de médicos o profesionales de la salud, incluidas las consultas en el consultorio médico (continuación) • Segunda opinión (<i>si corresponde</i>): a cargo de otro proveedor dentro de la red antes de una cirugía • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación contra enfermedades neoplásicas/cáncer, o servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico) • Servicios de telesalud prestados por terapeutas ocupacionales (Occupational Therapists, OT), fisioterapeutas (Physical Therapists, PT), patólogos del habla y el lenguaje (Speech-Language Pathologists, SLP) y audiólogos calificados	
Servicios de podología Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedos en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan a las extremidades inferiores	Copago de \$0
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de VIH, cubrimos la medicación preexposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) y servicios relacionados. Si cumple los requisitos, entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluyendo la tarifa por inyección del medicamento, si corresponde • Hasta ocho sesiones individuales de asesoramiento (incluyendo evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo y adherencia a la medicación) cada 12 meses • Hasta ocho pruebas de detección de VIH cada 12 meses • Una prueba de detección única del virus de la hepatitis B	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de la PrEP.
 Pruebas de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (distintos de los dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o parte de una parte o función del cuerpo. Entre estos se incluyen los siguientes: bolsas y suministros para colostomía directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos, zapatos protésicos, prótesis y prótesis mamarias (incluyendo un sujetador quirúrgico tras una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye cierta cobertura tras la extirpación o cirugía de cataratas, consulte "Atención oftalmológica" más adelante en esta sección para obtener más detalles.	Copago de \$0 Se aplican las normas de autorización

Servicio cubierto	Lo que paga
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar otorgada por el médico que trate la enfermedad respiratoria crónica. • Servicio de rehabilitación cardíaca • Servicios intensivos de rehabilitación cardíaca • Servicios de rehabilitación pulmonar	Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan de alcohol, pero no son dependientes de este. Si da positivo en el resultado de abuso de alcohol, puede recibir hasta cuatro breves sesiones presenciales de asesoramiento al año (si es competente y está alerta durante la terapia) impartidas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección y asesoramiento cubiertos por Medicare que reduzcan el beneficio preventivo por abuso de alcohol.
 Prueba de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para los individuos calificados, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan un historial de consumo de tabaco de al menos 20 paquetes de años y que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante una visita de cribado de cáncer de pulmón y una toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado. <i>Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón tras la prueba de detección de LDCT inicial:</i> el Miembro debe recibir una orden escrita para la prueba de detección de LDCT de cáncer de pulmón, que podrá ser proporcionada durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado decide ofrecer una visita de asesoramiento para la prueba de detección del cáncer de pulmón y una visita compartida para realizar posteriores pruebas de detección de LDCT de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare, ni para la LDCT.
 Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo solicita y cumple alguna de estas condiciones: • Está en alto riesgo porque consume o ha consumido drogas de inyección ilícita. • Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. • Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección única. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido usando drogas ilícitas desde su anterior prueba negativa de detección de hepatitis C), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección cubierta por Medicare para el virus de la hepatitis C.

Servicio cubierto	Lo que paga
 Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir estas ITS Cubrimos las pruebas de detección de infección de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen mayor riesgo de una ITS cuando un médico de atención primaria ordena las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos cada año, presenciales y de alta intensidad, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un médico de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como la consulta del médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de ITS cubierta por Medicare ni el asesoramiento para el beneficio preventivo de ITS.
Servicios para tratar la enfermedad renal Entre las enfermedades renales y los servicios de diálisis se incluyen los siguientes: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en estadio IV, cuando su médico los deriva, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales a lo largo de la vida. • Tratamientos de diálisis ambulatoria (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le interna en un hospital para recibir atención especializada) • Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Determinados servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de personal capacitado en diálisis para supervisar su diálisis en casa, ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua) Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos por su plan de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos de Parte B de Medicare” en esta tabla.	Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	Lo que paga
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Para una definición de “Atención en centros de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”). Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre) • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y glóbulos rojos compactados comienza solo con el cuarto litro de sangre que necesite: debe pagar los costos de los primeros tres litros de sangre que reciba en un año natural o que usted o alguien más le done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proporcionan los centros de enfermería especializada (SNF) • Pruebas de laboratorio que habitualmente proporcionan los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente proporcionan los SNF • Uso de equipos, como sillas de ruedas, que habitualmente proporcionan los SNF • Servicios de médicos o profesionales de la salud Por lo general, recibirá la atención del SNF en centros que forman parte de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se indican a continuación, es posible que pueda recibir su atención de un centro que no sea proveedor dentro de la red, si el centro acepta los importes de nuestro plan para el pago. • Un hogar de ancianos o una comunidad de ancianos de cuidados continuados donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que ofrezca atención en centros de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que salga del hospital	Se requiere una estancia mínima de tres días en un centro médico antes de ingresar en un SNF.
 Cesación del consumo de tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Están lúcidos y alertas durante el asesoramiento • El asesoramiento es brindado por un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare Cubrimos dos intentos de cesación al año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, permitiendo al paciente recibir hasta ocho sesiones al año).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de cesación del tabaquismo y el consumo de tabaco cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga
Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI) Si cumple los requisitos para Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), nuestro plan ofrece beneficios adicionales. Debe cumplir ciertos criterios, incluyendo tener un diagnóstico documentado y activo para una o más afecciones que cumplan los requisitos.	Copago de \$0 por compras que cumplan los requisitos.
La Terapia de ejercicio supervisada (SET) La Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (EAP) y una derivación para la EAP por parte del médico responsable del tratamiento de la EAP. Se cubren hasta 36 sesiones en un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa de la SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento físico para la EAP en pacientes con claudicación • Realizarse en un hospital ambulatorio o en la consulta de un médico • Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios superen los daños, y que esté formado en terapia de ejercicio para la EAP • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o personal de enfermería de práctica avanzada/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado tanto en técnicas básicas como avanzadas de soporte vital La SET puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas para 36 sesiones adicionales durante un periodo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Copago de \$0 por beneficios cubiertos por Medicare Su proveedor debe cumplir con los requisitos de autorización previa.
Servicios de transporte Se le cubren hasta 30 viajes de ida a lugares aprobados por el plan cada año natural. Puede aplicarse un límite de kilometraje. Debe cumplir con lo siguiente: • Utilizar los proveedores de transporte contratados por Community First Health Plans. • Acceder y volver a los proveedores de la red y a los centros de este plan dentro del área de servicio.	Se requiere autorización previa Paga un copago de \$0 por cada viaje de ida a destinos aprobados por el plan.
Servicios urgentemente necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio urgentemente necesario si está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o, incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable obtener este servicio de proveedores dentro de la red dada la hora, el lugar y las circunstancias. Nuestro plan debe cubrir servicios urgentemente necesarios y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Entre algunos de los ejemplos de servicios urgentemente necesarios se encuentran las enfermedades médicas imprevistas y las lesiones, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas rutinarias médicamente necesarias (como las revisiones anuales) no se consideran urgentemente necesarias, incluso si está fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de planes está temporalmente no disponible. Esta cobertura se realiza dentro de EE. UU.	Copago de \$0

Servicio cubierto	Lo que paga
 Atención oftalmológica Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes oculares rutinarios (refracciones oculares) para gafas o lentillas • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más, e hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de la retinopatía diabética se cubre una vez al año • Un par de gafas o lentes de contacto tras cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio tras la primera cirugía y comprar dos gafas después de la segunda).	Copago de \$0 para exámenes de la vista para tratar problemas oculares Copago de \$0 (1 por año) para exámenes rutinarios de la vista Copago de \$0 (límite de beneficios de \$275 al año) para gafas
 Visita preventiva “Bienvenidos a Medicare” Nuestro plan cubre la visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluyendo ciertas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones para otra atención si es necesario. Importante: Solo cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” durante los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando reserve su cita, informe al consultorio de su médico que quiere programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP)

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas
Servicios de ambulancia (medicamente necesarios)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Dispositivos de comunicación asistida	Para los miembros que cumplen los criterios, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Medición de masa ósea	La prueba de detección de densidad ósea es un beneficio de Medicaid de Texas. Para los miembros que cumplen los criterios, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas
Rehabilitación cardíaca	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios quiroprácticos	El tratamiento manipulativo quiropráctico (Chiropractic Manipulative Treatment, CMT) realizado por un quiropráctico autorizado por la Junta Estatal de Examinadores Quiroprácticos de Texas es un beneficio de Medicaid de Texas. Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Pruebas de detección colorrectal (para mayores de 50 años)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios dentales (para personas de 20 años o menos; o mayores de 21 en una exención de un Centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual [Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities, ICF o IDD])	Para los miembros que cumplen los criterios, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Suministros para diabéticos (incluye cobertura para tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Pruebas diagnósticas, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Elección de médico y hospital	Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital y del médico.
Visitas al consultorio médico	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Diálisis	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Equipo médico duradero (DME) (incluye sillas de ruedas y oxígeno)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención de emergencia (Cualquier visita a la sala de emergencias cuando el miembro considera que necesita atención de emergencia)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas
Educación de salud/bienestar (asesoramiento nutricional para niños, cesación de fumar para mujeres embarazadas, examen anual para adultos, educación sobre enfermedades renales)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de audición	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención médica domiciliaria	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Cuidados paliativos	Medicaid paga este servicio para ciertos miembros de exención si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid <i>Nota: Cuando los clientes adultos eligen servicios de cuidados paliativos, renuncian a sus derechos sobre todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a servicios de Medicaid no relacionados con su enfermedad terminal.</i>
Inmunizaciones	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención hospitalaria	Las hospitalizaciones son un beneficio cubierto. Medicaid paga coseguros, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección hospitalaria. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención médica mental hospitalaria	Las hospitalizaciones son un beneficio cubierto para los miembros menores de 21 años y para los miembros de 65 años o más. Las hospitalizaciones de atención aguda con ingreso para tratamiento psiquiátrico son un beneficio cubierto para los miembros de 21 a 64 años, de acuerdo con la Sección §438.6(e) del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), aunque las Organizaciones de Atención Administrada (Managed Care Organizations, MCO) de Medicaid pueden optar por cubrir estadias en centros psiquiátricos en lugar de hospitales de atención aguda. Medicaid paga coseguros, copagos y deducibles para los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección hospitalaria. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Mamografías (Prueba de detección anual)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Prima mensual	La asistencia de Medicaid para el pago de primas puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas
Dispositivos ortopédicos y protésicos (aparatos, prótesis, etc.)	Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años (Planes de atención coordinada [Coordinated Care Plans, CCP]), Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Medicaid paga las prótesis mamarias para miembros de todas las edades si no están cubiertos por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención médica mental ambulatoria	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de rehabilitación ambulatoria	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios ambulatorios/cirugía	Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años, Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Papanicolaou y exámenes pélvicos	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de podología	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Medicamentos con receta	Medicaid paga los medicamentos de la Parte B si no está cubierto por Medicare. Medicaid no cubre ningún medicamento de la Parte D de Medicare.
Pruebas de detección del cáncer de próstata	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Centro de enfermería especializada (SNF) (en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Servicios de telemedicina	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Transporte (rutina)	El Programa de transporte médico (Medical Transportation Program, MTP) de Medicaid proporciona transporte para casos que no sean de emergencia, siempre que no esté cubierto por Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid
Atención urgentemente necesaria	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas
Servicios oftalmológicos	Medicaid paga este servicio si no está cubierto por Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid Los servicios de un óptico se limitan a la instalación y dispensación de gafas y lentes de contacto médicamente necesarias.

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan

En esta sección se indica qué servicios están excluidos por Medicare.

La tabla siguiente describe algunos servicios y elementos que no están cubiertos por Medicare bajo ninguna condición o que solo están cubiertos por Medicare bajo condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo salvo bajo las condiciones específicas que se indican a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no los cubrirá. La única excepción es si se presenta una apelación respecto al servicio y, como resultado de dicha apelación, se determina que se trata de un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3. del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias
Cirugía o procedimientos estéticos	Cubierto en casos de lesiones accidentales o para la mejora del funcionamiento de un miembro corporal malformado Cubierto para todas las etapas de la reconstrucción de una mama tras una mastectomía, así como para que la mama no afectada produzca una apariencia simétrica
Cuidados asistenciales Los cuidados asistenciales son cuidados personales que no requieren la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, la ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	No cubierto bajo ninguna condición
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos Los procedimientos y los artículos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica	Pueden estar cubierto por Medicare Original mediante un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica)
Tarifas cobradas para el cuidado de sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cuidados de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Comidas entregadas a domicilio	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de atención domiciliaria	Medicare cubre la atención médica necesaria a tiempo parcial o intermitente de enfermería especializada.
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda doméstica básica, como tareas simples o preparación de comidas ligeras.	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de naturópata (utilizan tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición
Atención dental no rutinaria	La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para los pies	Zapatos que forman parte de una férula para la pierna y están incluidos en el costo de la férula. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad diabética del pie
Objetos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Solo cubierto cuando sea médicamente necesario
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta	No cubierto bajo ninguna condición
Atención quiropráctica rutinaria	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación
Atención dental rutinaria, como limpiezas de limpieza, empastes o dentaduras postizas	No cubierto bajo ninguna condición
Exámenes oculares rutinarios, gafas, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras asistencias para la baja visión	No cubierto bajo ninguna condición
Atención rutinaria de los pies	Algunas coberturas limitadas se ofrecen según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes)
Exámenes rutinarios de audición, audífonos o exámenes para adaptar audífonos	No cubierto bajo ninguna condición
Los servicios considerados no razonables y necesarios según los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición

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

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

Como es elegible para Medicaid, cumple los requisitos y recibe “Ayuda Extra” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Como está en el programa “Ayuda Extra”, **parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Le enviamos un folleto aparte, llamado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Extra para pagar medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula del subsidio por bajos ingresos” o la “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”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la portada de este documento).

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

Sección 1.1 En este capítulo se describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de los cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Contacte con Servicios para Miembros para informarse sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid. (La información de contacto de Servicios para Miembros aparece en la portada de este documento).

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas normas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emite recetas) le debe surtir una receta válida según la ley estatal aplicable.
- Su profesional que emite recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Generalmente debe usar una farmacia dentro de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia dentro de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan*).
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (Consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento puede requerir la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia dentro de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan

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

Una farmacia dentro de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionarle sus medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias dentro de la red

Encuentre una farmacia dentro de la red en su zona

Para encontrar una farmacia en red, puede consultar su *Directorio de farmacias*, visite nuestra página web [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com) o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias dentro de la red. Si cambia de una farmacia de red a otra y necesita una renovación de un medicamento que ha estado tomando, puede pedir que un proveedor le escriba una nueva receta o que transfieran su receta a su nueva farmacia dentro de la red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que ha estado usando sale de la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para encontrar otra farmacia dentro de la red en su zona, puede pedir ayuda a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento) o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestra página web en [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com).

Farmacias especializadas

A veces las recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de cuidados a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Normalmente, un centro de cuidados a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que suele ser la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que sirven al Servicio de salud indígena/Programa tribal/urbano de salud indígena (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren una administración especial, coordinación de proveedores o capacitación sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

Sección 2.2 Servicios de pedidos por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de nuestra red del plan. Generalmente, los medicamentos que se proporcionan por correo son medicamentos que se toman regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan requiere que pida **al menos un suministro de 30 días del medicamento y no más de 90 días**.

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

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

Normalmente, un pedido de farmacia por correo le llegará en no más de 14 días. Si un pedido por correo se retrasa:

Si su receta está registrada en su farmacia local, acuda a su farmacia para surtirla. Si su receta retrasada no está registrada en su farmacia local, pida a su médico que llame para enviar una nueva receta a su farmacéutico. O bien, su farmacéutico puede llamar al consultorio del médico para que solicite la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda de farmacia al (866) 333-2757, las 24 horas, los siete días de la semana si tiene algún problema, pregunta, inquietud o necesita anular un reclamo por una receta retrasada.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para saber si quiere que surtan la medicación de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia entrega el medicamento correcto (incluyendo la concentración, la cantidad y el formulario) y, si es necesario, le permitirá detener o retrasar el pedido antes de que se facturen y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comuniquen para informarle qué hacer con la nueva receta y evitar retrasos en el envío.

Renovaciones de recetas por correo. Para renovaciones, comuníquese con su farmacia *aproximadamente* 15 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia de las mejores formas de contactarlo. Puede hacerlo comunicándose con la farmacia por correo al (877) 668-4987, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8:00 p. m., hora del este y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m., hora del este, y configurando sus preferencias de comunicación.

Sección 2.3 Cómo conseguir un suministro a largo plazo de medicamentos

Cuando consigue un suministro a largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece dos formas de conseguir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que se toman de forma regular, para una afección médica crónica o a largo plazo).

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).
2. Puede utilizar los **servicios de pedidos por correo** de la red de nuestro plan. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite un suministro de hasta 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de pedidos por correo.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no esté en la red de nuestro plan

Generalmente, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia dentro de la red. Contamos con farmacias dentro de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede obtener sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** al 1-833-434-2347 (TTY 711) para ver si hay alguna farmacia dentro de la red cerca.

- Solo cubrimos las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red en estas circunstancias:
- **Cobertura al viajar o fuera del área de servicio.** Al viajar dentro de EE. UU. tiene acceso a farmacias dentro de la red de todo el país. Lleve sus recetas y medicación con usted y asegúrese de consultar el Directorio de farmacias para localizar una farmacia dentro de la red mientras viaja. Si va a viajar fuera del país, es posible que pueda obtener una cantidad de medicamentos suficiente para más días de tratamiento antes de salir del país, donde no haya farmacias dentro de la red disponibles.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro del área de servicio porque no hay ninguna farmacia dentro de la red que ofrezca servicio las 24 horas a una distancia razonable en automóvil.
- Si intenta surtir un medicamento con receta que no se encuentra habitualmente en existencia en una farmacia minorista dentro de la red accesible o en una farmacia de pedido por correo preferida (incluidos medicamentos de alto costo y medicamentos únicos).
- Si necesita una receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, clínica con un profesional, cirugía ambulatoria u otro entorno ambulatorio.

Si tiene que usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo completo en lugar de su parte habitual en el momento de surtir la receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero). Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que nosotros cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare.

La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Contacte con Servicios para Miembros para informarse sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid. (La información de contacto de Servicios para Miembros aparece en la portada de este documento).

Generalmente cubrimos un medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre que siga las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que sea:

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

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones médicas, pero considerarse fuera del formulario para otras. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos y en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), junto con las afecciones médicas específicas que cubren.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando hablamos de medicamentos, esto podría referirse a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que los de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos de medicamentos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la legislación estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento concreto en la 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).

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

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se agrupa en uno de cinco niveles del costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, mayor será 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 menor costo y de uso común.
- Nivel 2: Medicamentos genéricos. Incluye muchos medicamentos genéricos.
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferida. Incluye medicamentos de marca común, llamados marcas preferidas, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos. Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferida.
- Nivel 5: Medicamentos especializados. Incluye medicamentos únicos o de muy alto costo.

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

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

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

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo. La Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que son más utilizados por nuestros Miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no aparece en la Lista de medicamentos, debería visitar nuestra página web o ponerse en contacto con Servicios para Miembros para saber si lo cubrimos.
2. Visite la página web de nuestro plan en CommunityFirstMedicare.com. La Lista de medicamentos de la página web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento concreto está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la portada de este documento).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, se aplican determinadas normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que tome o quiera tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona igual de bien médicamente que uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para animarlo a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la concentración, la cantidad o la forma prescrita por su proveedor de atención médica, y a que pueden aplicarse restricciones o un costo compartido distinto a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una dosis al día frente a dos dosis al día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, normalmente significa que usted o su proveedor tienen que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. **Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) para saber qué puede hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento.** Si quiere que lo eximamos de la restricción, debe usar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. **Puede que aceptemos o no eximirlo de la restricción. (Consulte el Capítulo 9).**

Obtenga la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan basada en criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento por usted. Esto se llama **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711).

Pruebe otro medicamento primero

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos pero igual de efectivos antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Si el Medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá entonces el Medicamento B. Este requisito de probar primero otro medicamento se llama **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan pueden obtenerse llamando a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711).

Límites de cantidad

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

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

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

- Puede que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión comercial que quiere tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel del costo compartido que hace que su costo compartido sea más elevado de lo que usted considera razonable.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree, consulte la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, a continuación se presentan algunas opciones sobre lo que puede hacer:

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

Puede que consiga un suministro temporal

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

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

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.
- **Si estaba en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año natural.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta se prescribe para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicación. La receta debe ser surtida en una farmacia dentro de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar desperdicios).
- **Para los miembros que llevan más de 90 días en nuestro plan y residen en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediato:** cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está prescrita para menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal mencionada anteriormente.

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

- Traslado de un hospital a un centro de LTC con una lista de medicamentos prescritos al alta
- Alta hospitalaria con destino al domicilio
- Finalización de una estancia en un centro de enfermería especializada cubierta por la Parte A de Medicare y necesidad de volver a la cobertura de la Parte D
- Cambio en la situación de cuidados paliativos que implica volver a los beneficios estándar de las Partes A y B de Medicare
- Finalización de una estancia en un centro de LTC y regreso a la comunidad
- Alta de hospitales psiquiátricos con regímenes farmacológicos altamente individualizados

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Tiene dos opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su médico sobre si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la portada de este documento) para solicitar una lista de medicamentos protegidos que tratan la misma afección médica. Con esta lista, su proveedor puede encontrar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir a nuestro plan que hagan una excepción y cubran el medicamento de la manera que desearían. Si su proveedor dice que tiene motivos médicos que justifican pedirnos una excepción, puede ayudarlo a solicitarla. Por ejemplo, puede pedir a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede pedir a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud se gestione de forma rápida y justa.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, a continuación se menciona lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

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

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir a nuestro plan que haga una excepción en la categoría de costo compartido para el medicamento, de modo que pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene motivos médicos que justifican pedirnos una excepción, este proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurar que su solicitud se gestione de forma rápida y justa.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar a lo largo del año

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

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

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

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos.

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestra página web sobre esos cambios. También actualizamos regularmente nuestra Lista de medicamentos en línea. A veces recibirá un aviso directo si se han hecho cambios en un medicamento que toma.

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

- **Añadir nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios inmediatos en un medicamento similar en la Lista**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a otro nivel de costo compartido, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel o en uno de costo compartido más bajo, con las mismas o menos restricciones.
 - Haremos estos cambios inmediatos solo si añadimos una nueva versión genérica de un nombre comercial o ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos hacer estos cambios inmediatamente e informarle más adelante, incluso si toma el medicamento que retiramos o modificamos. Si toma el mismo medicamento en el momento en que hacemos el cambio, le contaremos cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Retirar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que han sido retirados del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podríamos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si va a tomar ese medicamento, se lo diremos después de hacer el cambio.
- **Otros cambios en nuestra Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando (por ejemplo, basándonos en advertencias en caja de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare).
 - Le avisaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios o de avisarle sobre el cambio y cubriremos una renovación adicional de 30 días del medicamento que tome.

Si hacemos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con su profesional que emite recetas sobre las opciones que mejor le funcionen, incluyendo cambiar a otro medicamento para tratar su afección, o pida una decisión de cobertura para cumplir con cualquier nueva restricción sobre el medicamento que esté tomando. Usted o su profesional que emite recetas pueden pedirnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se han descrito anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto
- Hemos puesto una nueva restricción al consumo del medicamento
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos

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

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año del plan actual. Tendrá que consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que tome que le afecte durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si apela y el medicamento solicitado no está excluido de conformidad con la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación se presentan tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

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

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos cuando se usan para promover la fertilidad
- Medicamentos cuando se usan para aliviar los síntomas de tos o resfriado
- Medicamentos cuando se usan con fines cosméticos o para favorecer el crecimiento del vello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso
- Los medicamentos ambulatorios para los que el fabricante requiere pruebas o servicios de monitorización asociados solo se pueden adquirir al fabricante como condición de venta

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione nuestra información de membresía (que se encuentra en su tarjeta de membresía) en la farmacia dentro de la red que elija. La farmacia dentro de la red facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte de los costos de su medicamento. Tendrá que pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta al recogerla**. Luego puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso de nuestro plan.

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

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

Si lo ingresan en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estancia cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estancia. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre que cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

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

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

Consulte su *Directorio de farmacias* para saber si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711). Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener de forma rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si es residente en un centro de LTC y necesita un medicamento que no esté en nuestra Lista de medicamentos o esté restringido de alguna manera. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo conseguir un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador o el plan para jubilados

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

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debería enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos para el próximo año natural es acreditable.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que nuestro plan tiene cobertura de medicamentos que se espera pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

Guarde cualquier aviso sobre cobertura acreditable porque puede que lo necesite más adelante para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, pida una copia al administrador de beneficios de su empleador o del plan de jubilados, o al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 Si está en cuidados paliativos certificados por Medicare

Los cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, antináuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir notificación tanto del profesional que emite recetas como de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de cuidados paliativos o al profesional que emite recetas que le avise antes de que se surta su receta.

En caso de que revoque su elección de cuidados paliativos o le den de alta de los cuidados paliativos, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar retrasos en una farmacia cuando terminen sus beneficios de cuidados paliativos de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y control de medicamentos

Realizamos revisiones sobre el consumo de drogas para ayudar a nuestros miembros a recibir una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura sus opioides recetados y otros medicamentos frecuentemente abusados. Este programa se llama Programa de control de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que recibe de varios profesionales que emiten recetas o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus profesionales para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides es adecuado y médicamente necesario. A través del trabajo con sus profesionales que emiten recetas, si decidimos que su uso de opioides o

benzodicepinas con receta puede no ser seguro, podríamos limitar cómo puede conseguirlos. Si lo colocamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en una o varias farmacias específicas
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas con uno o varios médicos específicos
- Limitar la cantidad de opioides o benzodiazepinas que cubriremos por usted

Si planeamos limitar cómo consigue estos medicamentos o cuánto puede conseguir, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le dirá si limitamos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si tendrá que obtener las recetas solo de un profesional que emite recetas o una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que emiten recetas o farmacias prefiere utilizar, y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando dicha limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su profesional que emite recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se lo colocará en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si recibe cuidados paliativos o cuidados paliativos terminales, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

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

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de manejo de terapias con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un importe específico de costos de medicamentos o que están en DMP para ayudarlos a usar opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si cumple los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de atención médica le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o duda que tenga sobre sus medicamentos con receta o de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Le recomendamos que hable con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicación. Lleve el resumen consigo a su visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su lista de medicación actualizada y con usted (por ejemplo, con su documento de identidad) por si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711).

Capítulo 6 Lo que paga por medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que paga por medicamentos de la Parte D

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

Para entender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas seguir cuando reciba los medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan: para consultar la cobertura de medicamentos ([CommunityFirstMedicare.com](https://www.communityfirstmedicare.com)), el costo que ve muestra una estimación de sus costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada en la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento).

Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos

Como es elegible para Medicare, cumple los requisitos y recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Como recibe Ayuda Extra, **parte de la información en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a usted.** Contamos con un folleto aparte, llamado “Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Extra para pagar medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula del subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), el cual contiene información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) y solicite la Cláusula LIS.

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

Hay tres tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que pueden pedirle que pague:

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

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre qué cuenta y qué no para sus costos de bolsillo. A continuación, se presentan las normas que debemos seguir para llevar un control de sus costos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus costos de bolsillo.

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

- El importe que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago:
 - La etapa de deducible
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año natural como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de unirse a nuestro plan.

- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda Extra de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de salud indígena, Programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Traspaso a la etapa de la cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de **\$2,400** en costos de bolsillo durante el año natural, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo.

Sus costos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que usted compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que usted obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos (Veterans Administration, VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, la indemnización para trabajadores)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos de conformidad con el Programa de descuento de fabricantes

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

- El informe de *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de sus costos de bolsillo. Cuando este importe alcanza los **\$2,400**, la *EOB de la Parte D* le dirá que ha salido de la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP)

Hay **tres etapas** de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos si tiene Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP). Cuánto paga por cada receta depende de la etapa en la que le prescriban o vuelvan a surtir la receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

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

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

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha realizado cuando recibe sus recetas en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- **Sus costos de bolsillo:** esto es lo que ha pagado. Esto incluye lo que usted pagó al obtener un medicamento de la Parte D cubierto, los pagos por sus medicamentos realizados por familiares o amigos, y los pagos efectuados por el programa Ayuda Extra de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio médico para nativos americanos, Programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

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

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Costo total del año desde el 1 de enero.** Esto muestra el costo total de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios de precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas disponibles de menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de receta, si corresponde.

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

Para llevar un control de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando le surtan la receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que sabemos las recetas que ha surtido y cuánto paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información necesaria para llevar un control de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un control de sus costos de bolsillo, entréguenos copias de los recibos. **A continuación, se mencionan algunos ejemplos de cuándo debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia dentro de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento, eso no forma parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por medicamentos que se proporcionan de conformidad con un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
 - Si le cobran por un medicamento cubierto, puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros hacen por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio médico para nativos americanos y organizaciones benéficas cuentan para sus costos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información está completa y es correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La etapa de deducible

Como la mayoría de nuestros miembros reciben Ayuda Extra con los costos de sus medicamentos con receta, la etapa de deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe Ayuda Extra, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Si no recibe Ayuda Extra, la etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa empieza cuando surte su primera receta del año. Cuando esté en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el importe del deducible de nuestro plan, que es de \$700 para 2027. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos** de Nivel 1 a Nivel 5 hasta que alcance el importe del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio completo normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias dentro de la red. El costo total no puede superar el precio justo máximo más las tarifas de dispensación de medicamentos con precios negociados de conformidad con el Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que paga **\$700** por sus medicamentos, sale de la etapa de deducible y pasa a la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

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

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte (su importe de coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surtirá su receta.

Nuestro plan tiene cinco niveles del costo compartido

Cada medicamento de la Lista de medicamentos de nuestro plan se agrupa en uno de cinco niveles del costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel de costo compartido, mayor será 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 menor costo y de uso común.
- Nivel 2: Medicamentos genéricos. Incluye muchos medicamentos genéricos.
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferida. Incluye medicamentos de marca común, llamados marcas preferidas, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos. Incluye medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferida.
- Nivel 5: Medicamentos especializados. Incluye medicamentos únicos o de muy alto costo.
- Paga \$35 al mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en los niveles 2 a 4.

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

Sus elecciones de farmacia

Cuánto paga por un medicamento depende de si lo obtiene de alguna de las siguientes opciones:

- Una farmacia minorista dentro de la red.
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Solo cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

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

Sección 5.2 Sus costos por un suministro mensual de un medicamento cubierto

Durante la etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro. Los copagos para los medicamentos pueden variar según el nivel de Ayuda Extra que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles

El importe del copago o coseguro depende del nivel de copago compartido.

Su costo por un suministro mensual de un medicamento cubierto por la Parte D

Nivel	Costo compartido estándar en una farmacia minorista (dentro de la red) (hasta un suministro para 30 días)	Costo compartido preferente en una farmacia minorista (dentro de la red) (hasta un suministro para 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (hasta un suministro para 30 días)	Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC) (hasta un suministro para 30 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro para 30 días)
Nivel 1 del costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 del costo compartido (Medicamentos genéricos)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Nivel 3 del costo compartido (Medicamentos de marca preferida)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Nivel 4 del costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Nivel 5 del costo compartido (Medicamentos de nivel especial)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %

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

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

Sección 5.3 Si su médico prescribe menos de un suministro mensual completo, puede que no tenga que pagar el costo de todo el suministro mensual

Normalmente, el importe que paga por un medicamento con receta cubre el suministro completo de un mes. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico quieran tener menos de un mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede pedir a su médico que le recete y a su farmacéutico que surta un suministro de menos de un mes completo si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de renovación.

Si consigue menos de un mes completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar por el suministro completo del mes.

- Si es responsable del coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago del medicamento, solo paga por el número de días que recibe en lugar de un mes entero. Calculamos el importe que paga al día por su medicamento (la tarifa diaria del costo compartido) y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que recibe.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido).

Sus costos por un suministro *a largo plazo* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido estándar en una farmacia minorista (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Costo compartido por pedidos por correo (suministro de hasta 90 días)
Nivel 1 del costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0
Nivel 2 del costo compartido (Medicamentos genéricos)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Nivel 3 del costo compartido (Medicamentos de marca preferida)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Nivel 4 del costo compartido (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Nivel 5 del costo compartido (Medicamentos de nivel especial)	N/A	N/A

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses ni \$87.50 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo anuales alcancen los \$2,400

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus costos de bolsillo alcanza **\$2,400**. Luego pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

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

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

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

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

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D.
- Para los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, paga el importe del coseguro.

SECCIÓN 7 Información adicional sobre beneficios

Sección 7.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) no ofrece ningún beneficio adicional que no esté detallado en las secciones anteriores.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas en la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento) para obtener información sobre cobertura y el costo compartido sobre vacunas específicas.

- Hay dos partes en nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D:
 - La primera parte es el costo de **la propia vacuna**.
 - La segunda parte es por el costo de **administrarse la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

El costo de una vacuna de la Parte D depende de 3 cosas:

1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)

- La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por ACIP y no le cuestan nada.

2. Dónde se vacuna

- La propia vacuna puede ser surtida por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién le da la vacuna

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

- Cuando se vacune, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del proveedor para que se la administre. Puede pedir a nuestro plan que le devuelva nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando se vacuna, solo paga su parte del costo de conformidad con su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas en las que puede recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Se aplica la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Esta elección depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

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

- Cuando se vacune, es posible que tenga que pagar todo el costo de la vacuna y el costo del proveedor para que se la administre.
- Luego puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsa el importe total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe que pagó menos su coseguro habitual por la vacuna (incluida la administración), y menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Extra, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, paga a la farmacia su coseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede pedir a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos del Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsa el importe total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe que pagó menos su coseguro habitual por la vacuna (incluida la administración), y menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Extra, le reembolsaremos esta diferencia).

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

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

Nuestros proveedores de la red facturan directamente nuestro plan por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenos esta factura para que podamos pagársela. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor.

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicare cubierto por nuestro plan, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (la devolución de dinero a menudo se llama “reembolso”). Tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le devolveremos el pago por los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por un importe superior a la parte que le corresponde pagar de costo compartido. Primero, intente resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si eso no sirve, mándenos la factura en vez de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar un importe superior al costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, aún tiene derecho al tratamiento.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de situaciones en las que podría necesitar pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió.

1. Si recibió atención médica de emergencia o urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

- Puede obtener servicios de emergencia o urgentemente necesarios de cualquier proveedor, ya sea que este forme parte de nuestra red o no. En estos casos, pídale al proveedor que le facture a nuestro plan.
- Si paga el importe total en el momento de recibir la atención, pídanos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor pidiéndole un pago que cree que no debe realizar. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le adeuda algo al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si ya ha pagado un importe mayor que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le devolveremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor dentro de la red le envía una factura que cree que no debería pagar

Los proveedores dentro de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan. Pero a veces cometen errores y le piden que pague un importe superior a su parte del costo.

- Solo tiene que pagar su importe de costo compartido cuando obtenga los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales separados, llamados **“facturación de saldo”**. Esta protección (que nunca pague más que el importe de costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aunque haya una disputa y no paguemos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor dentro de la red que considere superior al importe que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de red, pero cree que ha pagado de más, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Solicítenos el reembolso de la diferencia entre el importe que pagó y el importe que adeudaba según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si estaba inscrito retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Tendrá que presentar la documentación para que podamos gestionar el reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente a nosotros. Cuando eso ocurra, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber más sobre estas circunstancias. Puede que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el importe que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Si paga el costo completo de una receta porque no lleva su tarjeta de membresía

Si no tiene nuestra tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedir a la farmacia que llame a nuestro plan o que consulte la información de inscripción en el plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos nuestra parte del costo. Puede que no devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo es superior al precio negociado por la receta.

6. Si paga el costo completo de una receta en otras situaciones

Puede que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o una restricción que no conocía o que no cree que debería aplicarse a su situación. Si decide conseguir el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero. En algunas situaciones, puede que necesitemos obtener más información de su médico para poder devolverle nuestra parte del costo del medicamento. Puede que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por la receta.

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

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y a dónde debe enviarnos su solicitud de pago

Puede pedirnos que le devolvamos el dinero enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Le aconsejamos hacer una copia de su factura y sus recibos para su registro.

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

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario desde nuestra página web ([CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com)) o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la portada de este documento).

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

Medical or Prescription Drug Payment Requests
Community First Health Plans, Inc.
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, Texas 78249

Debe presentar su reclamo de la Parte C (asuntos médicos) en un plazo de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento de la Parte B.

Debe presentar su reclamo de la Parte D (medicamento con receta) en un plazo de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). Si no sabe cuánto debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si quiere brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos “sí” o “no”

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, puede que no le reembolsen el importe total pagado (por ejemplo, si compró un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o *si no* ha seguido todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o del medicamento. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le decimos que no pagaremos total o parcialmente la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el importe que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer los detalles sobre cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o diversos antecedentes culturales y étnicos. Entre algunos de los ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad se incluyen la provisión de servicios de traductor, intérpretes, teletipografistas o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono teletipo).

Nuestro plan ofrece servicios gratuitos de intérpretes para responder preguntas de miembros que no hablen inglés. También podemos ofrecerle materiales en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de la manera que más le convenga, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la portada de este documento).

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las afiliadas femeninas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina.

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

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, si acude a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista en redes, llame para presentar una reclamación (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY al 1-800-537-7697.

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

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

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

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

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información médica personal incluye la información personal que nos proporcionó al inscribirse en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y sanitaria.
- Tiene derechos relacionados con su información y respecto al control de cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado “Aviso de práctica de privacidad”, que explica estos derechos y cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de facilitar su información médica a cualquier persona que no participe en su atención ni en el pago de esta, *estamos obligados a obtener primero su autorización por escrito, o la de la persona a quien usted haya otorgado facultades legales para tomar decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones que no requieren que primero obtengamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, se nos exige facilitar información médica a las agencias gubernamentales que supervisan la calidad de la atención.
 - Como es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluyendo información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare facilita su información para fines de investigación u otros usos, esto se hará conforme a las leyes y regulaciones federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que le identifica de forma individual.

Puede consultar la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras partes

Tiene derecho a consultar sus registros médicos que tenemos en nuestro plan y a obtener una copia de estos. Podemos cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos pide esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

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

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

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

SU INFORMACIÓN. SUS DERECHOS. NUESTRAS RESPONSABILIDADES.

En este aviso se describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y cómo puede acceder a esta información. **Le solicitamos que lo lea detenidamente.**

SUS DERECHOS

En lo que respecta a su información médica, tiene ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de las responsabilidades que tenemos para ayudarlo.

Consiga una copia de su historia clínica y sus reclamos.

- Puede pedir ver u obtener una copia de su historia clínica, sus reclamos y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de su historia clínica y sus reclamos, normalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos la historia clínica y los reclamos.

- Puede solicitarnos que corrijamos su historia clínica y sus reclamos si considera que son incorrectas o incompletas. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Puede que digamos “no” a su solicitud, pero se le explicará el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicite comunicaciones confidenciales.

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos indica que correría peligro si no lo hiciéramos.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos.

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos ciertos aspectos de su información médica por motivos de tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si eso afecta a su atención.

Consiga una lista de a quienes le hemos compartido su información.

- Puede solicitar una lista (un registro) de las ocasiones en que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su

solicitud, así como con quién la compartimos y por qué.

- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como ciertas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido). Ofrecemos un registro al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si pide otro en un plazo de 12 meses.

Consiga una copia de este aviso de privacidad.

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elija a alguien que actúe en su nombre.

- Si ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si considera que se han vulnerado sus derechos.

- Puede presentar un reclamo si considera que hemos vulnerado sus derechos, poniéndose en contacto con nosotros a través de la información anterior.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/**.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS ELECCIONES

Para cierta información médica, puede contarnos sus elecciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

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

- Compartamos información con su familia, amistades cercanas u otras personas implicadas en el pago por su atención.
- Compartamos información en una situación de asistencia en caso de desastres.
- Nos comuniquemos con usted para campañas de recaudación de fondos.
- No compartamos su información.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

Puede que decida no compartir su información. Si no comparte su información, esto puede afectar la finalización de su solicitud. También puede afectar el acceso a nuestras páginas web.

En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

Su información personal identificable (PII)

Su información personal identificable (Personally Identifiable Information, PII) se refiere a información que puede utilizarse para identificarlo, ya sea por separado o cuando se combina con otra información.

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

PROTECCIONES INTERNAS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA ORAL, ESCRITA Y ELECTRÓNICA

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

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

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

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo solemos usar o compartir su información médica? Normalmente utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

Ayuda a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

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

Dirección de nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para gestionar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura ni el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidados a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

- Podemos recopilar y utilizar información sobre raza, etnia, idioma preferido, identidad de género, orientación sexual y necesidades sociales. Esta información puede ayudarnos a comprender mejor las necesidades de nuestros miembros, mejorar la calidad de la atención y los servicios que ofrecemos, y ayudar a abordar las disparidades en salud. **Esta información no se utiliza para determinar la elegibilidad para la cobertura ni el costo de sus beneficios.**

¿Cómo más podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o está obligado a compartir su información de otras maneras, normalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>.

Ayudar con cuestiones de salud pública y seguridad

- Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones como:
 - Prevenir enfermedades
 - Ayudar con retiradas de productos
 - Informar reacciones adversas a medicamentos
 - Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

Investigar

- Podemos utilizar o compartir su información para la investigación médica.

Cumplir con la ley

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

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

Para pagar sus servicios de salud

- Podemos utilizar y divulgar su información médica mientras pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de sus trabajos dentales.

Para administrar su plan

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

Ejemplo: Su empresa contrata con nosotros para ofrecer un plan de salud, y nosotros proporcionamos ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

- Podemos compartir información médica con un forense, forense o director funerario cuando una persona fallece.

Atender solicitudes de compensación laboral, policiales y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir información médica sobre usted:
 - Para reclamos de indemnización laboral
 - Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario de la ley
 - Con agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

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

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

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

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

Cambios en los términos de este aviso

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

Fecha de entrada en vigor: 1 de abril de 2026

Preguntas sobre este aviso

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

Community First Health Plans

Attention: Privacy Official
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249

Teléfono: 1-800-434-2347

TTY: 711

Correo electrónico: privacy@cfhp.com

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias dentro de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al utilizar su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4, se proporciona información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9, también se proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada “apelación”.

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

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que pueda entender*.

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

- **Derecho a conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye que se les informe sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos y a consumirlos de forma segura.
- **Derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Debe informarse con antelación si algún tratamiento o atención médica propuesta forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no marcharse. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar medicación, acepta toda la responsabilidad de lo que le ocurra a su cuerpo como resultado.

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

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

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

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

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Consiga el formulario.** Puede obtener un formulario de directrices anticipadas a través de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de artículos de oficina. A veces puede recibir formularios de directiva anticipada de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitar los formularios al 1-833-434-2347 (TTY 711).
- **Complételo y fírmelo.** No importa dónde consiga este formulario, es un documento legal. Considere que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario, que pueda tomar decisiones por usted si no puede. También puede que quiera brindarles copias a sus amistades cercanas o familiares. Asegúrese de tener una copia en su casa.

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

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

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

Si no se siguen sus instrucciones

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

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita pedir cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se explica qué puede hacer. Lo que haga, ya sea preguntar o tomar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **se nos exige que lo tratemos de forma justa.**

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, creencia, edad u origen nacional, debería llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llamar a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si cree que le han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y esto *nose* trata de discriminación, puede recibir ayuda para afrontar el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame a nuestros Servicios para Miembros al** 1-833-434-2347 (TTY 711).
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-252-9240 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989).
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos:

- **Llame a Servicios para Miembros** al 1-833-434-2347 (TTY 711).
- **Llame a su Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP) local** al 1-800-252-9240 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989).
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para leer las publicaciones *Medicare Rights & Protections* (disponibles en: Medicare Rights & Protections).
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación se detalla lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para acceder a estos servicios.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para saber qué está cubierto y las normas que debe seguir para acceder a sus servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, se ofrecen detalles sobre los servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, se ofrecen detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o de medicamentos además de nuestro plan, está obligado a informarnos.** En el Capítulo 1, se le explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores proporcionándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento a su atención.**
 - Para que le ayuden a recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
 - Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Por la mayoría de sus medicamentos o medicinas cubiertas por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba el medicamento.
- **Si se muda fuera de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda dentro de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para mantener su registro de miembros actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda, avise a la Seguridad Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

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

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican los procesos para gestionar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para gestionar su problema depende del tipo de problema que tenga:

1. Ya sea que su problema sea con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea recibir ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, llame a Servicios para Miembros al (210) 358-6386 (TTY: 1-833-434-2347).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para algunos problemas, necesita utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - Para otros problemas, necesita usar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas “reclamaciones”).

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

La información que se presenta en este capítulo le ayudará a identificar el proceso adecuado y qué debería hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos explicados en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de la gente. Para facilitar las cosas, en este capítulo, se utilizan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos usar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos términos legales cuando damos los detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) para pedir ayuda. En algunas situaciones, también es posible que necesite ayuda u orientación de alguien que no esté conectado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son:

Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe usar para manejar un problema que tiene. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y orientarle sobre qué hacer.

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para recibir ayuda.

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

Puede obtener ayuda e información en Medicaid.

Método	Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto
LLAMADA	Línea directa para clientes 1-800-335-8957 De lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.
TTY	711 o 1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	Texas Health and Human Services P. O. Box 149024 Austin, TX 78714-9024
PÁGINA WEB	HHS.Texas.gov/Services/Health/Medicaid-CHIP

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

Como tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, tiene diferentes procesos que puede usar para gestionar su problema o queja. El proceso que utilice depende de si el problema tiene que ver con los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, utilice el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, utilice el proceso de Medicaid. Si desea recibir ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el de Medicaid, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debería leer, utilice la tabla que figura a continuación.

¿Su problema es con los beneficios de Medicare o de Medicaid?

- Mi problema es con los beneficios **de Medicare**.
Consulte **la Sección 4, Gestión de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare**.
- Mi problema es con la cobertura de **Medicaid**.
Consulte **la Sección 12, Gestión de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid**.

SECCIÓN 4 Gestión de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

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

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, cómo se cubre y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

- **Sí.**

Consulte la **Sección 5, Guía sobre lo básico de decisiones y apelaciones de cobertura**.

- **No.**

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, atención al cliente u otras inquietudes**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 5 Guía para decisiones y apelaciones de cobertura

Las decisiones y apelaciones de cobertura se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los productos médicos, servicios y medicamentos de Parte B de Medicare como **atención médica**. Utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para cuestiones tales como si un artículo o servicio está cubierto o no y la forma en que se cubre.

Solicite decisiones de cobertura antes de recibir servicios

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

En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre algunos de los ejemplos de cuándo una solicitud será desestimada se incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien la hace en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que retiren su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión sobre la cobertura, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no está cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación la gestionan revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

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

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre algunos de los ejemplos de cuándo una solicitud será desestimada se incluyen si está incompleta, si alguien la hace en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que retiren su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

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

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

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

Sección 5.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

A continuación, se presentan recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para Miembros** al 1-833-434-2347 (TTY 711).
- **Obtenga ayuda gratuita de** su Programa estatal de asistencia para el seguro médico.
- **Su médico u otro proveedor de atención médica puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación superior al Nivel 2, debe ser designado su representante. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento) y solicite el *Formulario de designación de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/cms1696.pdf).
 - Para la atención médica, su médico u otro proveedor de atención médica puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.
 - Si su médico u otro proveedor de atención médica solicita que un servicio o artículo que ya está recibiendo se mantenga durante la apelación, es posible que necesite nombrar a su médico u otro profesional que emite recetas como su representante para que actúe en su nombre.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que emite recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que emite recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedir a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que una amistad, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) y solicite el **Formulario de designación de representante**. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en CMS.HHS.gov/CMSForms/Downloads/CMS1696.pdf). El formulario da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que quiera que actúe en su nombre. Debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar la revisión hasta que lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

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

Sección 5.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Presentamos los detalles de cada uno en una sección separada:

- **Sección 6** Atención médica: cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si cree que el médico le da el alta demasiado pronto
- **Sección 9** Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto (*aplica solo a estos servicios*: atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación ambulatoria integral [CORF])

Si no tiene claro qué información le aplica, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 6 Atención médica: cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación

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

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

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

1. No está recibiendo la atención médica que desea, y cree que nuestro plan cubre esa atención. **Pida una decisión sobre la cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica quiere ofrecerle, y cree que nuestro plan cubre esa atención. **Pida una decisión sobre la cobertura. Sección 6.2.**
3. Tiene atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero hemos dicho que no pagaremos por esa atención. **Haga una apelación. Sección 6.3.**
4. Ha recibido y pagado por una atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, y quiere pedir a nuestro plan que le reembolse por esta atención. **Mándenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le dice que la cobertura para cierta atención médica que ha estado recibiendo (que previamente aprobamos) se reducirá o suspenderá, y cree que reducir o suspender esta atención podría perjudicar su salud. **Haga una apelación. Sección 6.3.**

NOTA: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF), consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a este tipo de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Una decisión de cobertura implica su atención médica, se llama **“determinación de la organización”**.
Una **decisión rápida de cobertura** se denomina **“determinación acelerada”**.

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

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de siete días naturales cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días naturales para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Generalmente se toma una decisión rápida de cobertura en un plazo de 72 horas, para servicios médicos y 24 horas para medicamentos de la Parte B.

- Solo puede obtener una decisión rápida de cobertura si cumplir con los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente darle una decisión rápida de cobertura.
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico pide la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida sobre la cobertura.
 - Explica que puede presentar una queja acelerada sobre nuestra decisión de darle una cobertura estándar en lugar de la rápida decisión que pidió.

Paso 2: solicite a nuestro plan una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- Empezé llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

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

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos solicitar hasta 14 días naturales más** si su solicitud es un artículo o servicio médico. Si tardamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una queja acelerada. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 para obtener información sobre quejas).

Para las decisiones rápidas de cobertura utilizamos un plazo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos más tiempo que podría beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días naturales más**. Si tardamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no* deberíamos demorar más días, puede presentar una queja acelerada. (Consulte la Sección 11 para obtener información sobre las quejas). Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es “no” a parte o a todo lo que** pidió, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no.

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

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

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura médica se denomina **reconsideración** del plan. Una apelación rápida se denomina **reconsideración acelerada**.

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

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 30 o siete días naturales para los medicamentos de la Parte B. Generalmente se presenta una apelación rápida en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, según se indica en la Sección 6.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días** naturales desde la fecha indicada en el aviso por escrito que le enviamos para darle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si pierde este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo por el que su apelación se retrasa cuando la presente. Puede que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre algunos de los ejemplos de justificación justificada se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia gratuita de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.**

Si le dijimos que íbamos a suspender o reducir servicios o artículos que ya estaba recibiendo, podría conservar esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o cancelar la cobertura de un servicio o artículo que recibe actualmente, le enviaremos un aviso antes de tomar la acción propuesta.
- Si no está de acuerdo con la acción, puede presentar una apelación de Nivel 1. Seguiremos cubriendo el servicio o el artículo si solicita una apelación de Nivel 1 dentro de los diez días naturales desde la fecha de matasellos en nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
- Si cumple con este plazo, puede seguir recibiendo el servicio o artículo sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 está pendiente. Además, seguirá recibiendo todos los demás servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.

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

- Cuando revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Comprobamos si estábamos siguiendo todas las normas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y podemos ponernos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud nos lo exige.
 - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, podemos solicitar hasta **14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos pedir más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o antes de que termine el periodo extendido si hemos tardado días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a parte o a la totalidad de lo que** solicitó, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “no” a parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días naturales** desde que recibimos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de siete días** naturales después de recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su afección médica lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos solicitar hasta 14 días naturales más** si su solicitud es un artículo o servicio médico. Si tardamos días adicionales, se lo diremos por escrito. No podemos dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si cree que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una queja acelerada. Cuando presente una queja acelerada, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte **la Sección 11**).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o antes de que termine el periodo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización independiente de revisión revisará la apelación. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es “sí” a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días naturales, o **en un plazo de siete días naturales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de siete días naturales** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan dice que “no” a parte o a toda su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 6.4 Proceso de apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le llama **IRE** (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una entidad independiente contratada por Medicare**. No está conectada 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.

Si su problema es sobre un servicio o artículo que Medicare suele cubrir:

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su **“expediente de caso”**. **Tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de su expediente.**
- Tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tenía una apelación acelerada en el Nivel 1, también tendrá una apelación acelerada en el Nivel 2.

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

Si tuvo una apelación estándar de Nivel 1, también tendrá una apelación estándar de Nivel 2.

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

Paso 2: la organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos de esta.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de **72 horas** o prestar el servicio en un plazo de 14 días naturales desde que recibamos la decisión de la organización independiente de revisión sobre las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, disponemos de **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización independiente de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente dice “sí” a parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** tras recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas** disponemos de **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización independiente de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente dice “no” a parte o a toda su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura médica no debería ser aprobada. (Esto se denomina **“mantener la decisión”** o **“rechazar su apelación”**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
 - Explica la decisión.
 - Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el importe en dólares de la cobertura médica cumple un cierto mínimo. El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el importe en dólares que debe cumplir para continuar el proceso de apelación.
 - Le explica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

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

Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si quiere acudir a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe tras su apelación de Nivel 2.

La apelación de Nivel 3 es tramitada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 10, se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos pide que le devolvamos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica

Si quiere pedirnos el pago por atención médica, comience leyendo el Capítulo 7 de este documento: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos o medicamentos* cubiertos. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que puede ser necesario solicitar un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación que nos pide el pago.

Pedir un reembolso es pedir una decisión de cobertura por nuestra parte

Si nos envía la documentación pidiendo el reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que ha pagado está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para usar su cobertura en la atención médica.

Si quiere que le reembolsemos un servicio o artículo de **Medicare** o que nos pide que paguemos a un proveedor de atención médica por un servicio o artículo de Medicaid que ha pagado, pídanos que tomemos esta decisión de cobertura. Comprobaremos si la atención médica por la que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para utilizar su cobertura en la atención médica.

- **Si decimos “sí” a su solicitud**: si la atención médica está cubierta y ha seguido todas las normas, normalmente le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 30 días, pero no más tarde de 60 días naturales después de recibir su solicitud.

- **Si decimos “no” a su solicitud:** si la atención médica no está cubierta o no ha seguido todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta diciendo que no pagaremos la atención médica y explicando los motivos.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 6.3. En el caso de apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 30 días naturales tras recibir su apelación.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es “sí” en cualquier etapa del proceso después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días naturales.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 En esta sección, se le informa qué debe hacer si tiene problemas para conseguir un medicamento de la Parte D o quiere que le devolvamos el dinero por uno de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener más detalles sobre medicamentos, normas, restricciones y costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se abordan únicamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, en el resto de esta sección generalmente diremos “medicamento” en lugar de repetir “medicamento con receta para pacientes ambulatorios cubierto” o “medicamento de la Parte D” cada vez. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede ser surtida tal y como está escrita, le dará un aviso por escrito explicando cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura.

Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D

Término legal

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

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

- Nos pide que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- Nos pide que se elimine una restricción de la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Pida una excepción. Sección 7.2.**
- Solicita pagar un importe menor del costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Pida una excepción. Sección 7.2.**

- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Pida una decisión sobre la cobertura. Sección 7.4.**
- Paga por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos que le devolvamos el dinero. Sección 7.4.**

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 solicitar una apelación.

Sección 7.2 Solicite una excepción

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se llama pedir una **"excepción al formulario"**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción del nivel**.

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

Para que podamos considerar su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que emite recetas deberá explicarle las razones médicas por las que necesita que la excepción sea aprobada. A continuación se presentan tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que emite recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el importe de costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos (coseguro del 25 %). No puede pedir una excepción al importe de costo compartido que le exigimos pagar por el medicamento.
 - 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos.
 - 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 de nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.
- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que estén en un nivel de costo compartido inferior al suyo, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el importe de costo compartido que se aplica al medicamento alternativo.
 - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al menor costo compartido. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma es de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el importe de costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas biológicas para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma es genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el importe de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en *el Nivel 5 del nivel de medicamentos especiales*.
 - Si aprobamos su solicitud de una excepción por escalonamiento y hay más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente pagará el importe más bajo.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que emite recetas debe proporcionarnos una declaración que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que emite recetas cuando solicite la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una afección concreta. Estas diferentes posibilidades se denominan “**medicamentos alternativos**”. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el que solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente **no** aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción por nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel o niveles de costo compartido más bajos no funcionen tan bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir “sí” o “no” a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre que su médico siga recetándole el medicamento y dicho medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si decimos que “no” a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción

Término legal

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

Paso 1: determine si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida de cobertura

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

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

Si su salud lo requiere, pídanos que le damos una decisión rápida de cobertura. Para tomar una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- Debe pedir un medicamento que *aún no le han dado*. (No puede solicitar una decisión de cobertura acelerada para obtener el reembolso de un medicamento que ya ha comprado).
- Usar el plazo estándar podría *causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico u otro profesional que emite recetas nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, le daremos automáticamente una decisión rápida de cobertura.**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o profesional que emite recetas, decidiremos si su salud requiere que le proporcionemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otro profesional que emite recetas solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
 - Le indica cómo presentar una queja acelerada sobre nuestra decisión de emitir una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura acelerada que usted solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: pida una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida de cobertura.

Empiece llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para pedirnos autorización o cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida la presentada mediante el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura del modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)*, que está disponible en nuestra página web. En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamo denegado está siendo apelado.

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

- **Si pide una excepción, proporcione la declaración que lo respalde**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro profesional que emite recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro profesional que emite recetas puede decírnoslo por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o por correo una declaración por escrito si es necesario.

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

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** tras recibir su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas tras recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud nos lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura acordada dentro de las 24 horas siguientes a recibir su solicitud o declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es “no” a parte o a todo lo que pidió**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** desde que recibamos su solicitud.
 - En caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud nos lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** acordada **en un plazo de 72 horas** tras recibir su solicitud o declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es “no” a parte o a todo lo que pidió**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le explicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días naturales** tras recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a parte o a todo lo que solicitó**, también estamos obligados a hacerle el pago en un plazo de 14 días naturales desde que recibimos su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es “no” a parte o a todo lo que pidió**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: si decimos que no a su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa que puede volver a pedir la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que va a pasar al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se llama **redeterminación del plan**.

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

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

Normalmente se presenta una apelación estándar en un plazo de siete días naturales. Generalmente se presenta una apelación rápida en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pida una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que emite recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, según se indica en la Sección 7.4.

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

- **Para una apelación estándar, presente una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.
- **En el caso de apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos** (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida la presentada mediante el *Formulario modelo de CMS para solicitar una redeterminación*, el cual está disponible en nuestra página web [CommunityFirstMedicare.com](https://www.CommunityFirstMedicare.com). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días** naturales desde la fecha indicada en el aviso por escrito que le enviamos para darle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si pierde este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique el motivo por el que su apelación se retrasa cuando la presente. Puede que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre algunos de los ejemplos de justificación justificada se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisemos su apelación, revisamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si estábamos siguiendo todas 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.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud nos lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente de revisión. En la **Sección 7.6**, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas tras recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “no” a parte o a todo lo que pidió**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar de un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de siete días naturales** tras recibir su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica nos lo obliga.
 - Si no le damos una decisión en un plazo de siete días naturales, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización independiente de revisión. En la **Sección 7.6**, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde **de siete días naturales** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “no” a parte o a todo lo que pidió**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días** naturales tras recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización independiente de revisión.
- **Si nuestra respuesta es “sí” a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a hacerle el pago en un plazo de 30 días naturales desde que recibimos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es “no” a parte o a todo lo que pidió**, le enviaremos una declaración por escrito explicando por qué dijimos que no. También le explicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: si decimos “no” a su apelación, decide si quiere continuar con el proceso de apelación y presenta otra apelación.

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

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se le llama **IRE** (Independent Review Entity).

La **organización de revisión independiente es una entidad independiente contratada por Medicare**. No está conectada 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.

Paso 1: usted (o su representante, su médico u otro profesional que emite recetas) debe ponerse en contacto con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si decimos “no” a su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo contactar con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días** naturales desde la fecha indicada en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable respecto a una determinación **de riesgo** de conformidad con nuestro programa de control de medicamentos, remitimos automáticamente su solicitud a la entidad independiente de revisión. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se llama su **“expediente de caso”**. **Tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente.**
- Tiene derecho a brindarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

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

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

Plazos para apelaciones rápidas

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

Plazos para la apelación estándar

- En el caso de apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de siete días naturales** tras recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si nos pide que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días naturales** desde que recibe su solicitud.

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

En el caso de apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por dicha organización **en un plazo de 24 horas** tras recibir su decisión.

En el caso de apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por dicha organización **en un plazo de 72 horas** tras recibir su decisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró**, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días naturales** tras recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Y si la organización de revisión independiente dice “no” a su apelación?

Si la organización de revisión independiente dice “no” a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **“mantener la decisión”**). También se denomina **“rechazar su apelación”**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que pide es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: si su caso cumple los requisitos, decide si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si quiere acudir a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe tras su decisión de apelación de Nivel 2.

La apelación de Nivel 3 es tramitada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 10, se explica el proceso de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más larga si cree que le van a dar de alta demasiado pronto

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

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que salga del hospital. También lo ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día que sale del hospital se denomina su **“fecha de alta”**.
- Cuando se decida la fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más larga y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare que informa sobre sus derechos

En un plazo de dos días naturales desde su ingreso en el hospital, se le entregará un aviso escrito llamado “*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. Lea este aviso con atención y haga preguntas si no lo entiende. Le informa lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber qué son estos servicios, quién los pagará y dónde puede conseguirlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier duda que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Tiene derecho a **pedir una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que le van a dar de alta demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

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

- A usted o a alguien que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo en una fecha de alta.

3. Guarde su copia del aviso para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.

Para consultar una copia de este aviso con antelación, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en [CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Para pedirnos que cubramos los servicios hospitalarios de internamiento durante más tiempo, utilice el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de empezar, entienda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711). O llame a su Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP) para recibir ayuda personalizada. La información de contacto de SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta que planea es médicamente adecuada para usted. **La Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica financiados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe contactar con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de salir del hospital y **a más tardar a medianoche del día de su alta**.
- **Si cumple con este plazo**, puede quedarse en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagarla* mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
- **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros**. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista de alta, *es posible que tenga que asumir todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista de alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día siguiente a que nos contacten, le entregaremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso indica la fecha prevista de alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la portada de este documento). O puede solicitar un aviso de muestra en línea en [CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

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

- Los profesionales médicos de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- Al mediodía del día siguiente a que los revisores nos informaran de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte con la fecha prevista de alta que ha solicitado. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: en un plazo de un día completo tras disponer de toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le comunicará su respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es “sí”?

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

¿Qué pasa si la respuesta es “no”?

- Si la organización de revisión independiente dice “no”, están diciendo que la fecha de alta prevista es médicamente adecuada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios de internamiento finalizará** al mediodía del día **siguiente** a que la Organización para la Mejora de la Calidad le brinde la respuesta a su apelación.

- Si la organización de *revisión independiente* rechaza su apelación y decide quedarse en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la Organización para la Mejora de la Calidad le brinde su respuesta a su apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es “no”, decide si quiere presentar otra apelación.

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

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

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

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

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

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

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

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

Si la organización de revisión independiente dice “sí”:

- **Debemos reembolsarle nuestra parte** de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria de ingreso mientras sea médicamente necesario.**
- Debe seguir pagando su parte de los costos y las limitaciones de cobertura pueden aplicarse.

Si la organización de revisión independiente dice “no”:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le dirá por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si la respuesta es no, tendrá que decidir si quiere avanzar con su apelación pasando al Nivel 3.

Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si quiere avanzar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe tras su decisión de apelación de Nivel 2.

La apelación de Nivel 3 es tramitada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la **Sección 10**, se explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura termina demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de atención domiciliar cubiertos, atención en centros de enfermería especializada o rehabilitación (Centro de rehabilitación ambulatoria integral)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención mientras sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

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

Sección 9.1 Le informaremos con antelación cuándo terminará su cobertura

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación de manera acelerada**. Solicitar una apelación acelerada es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención.

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos tres días naturales antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informa lo siguiente:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un periodo más largo.
- 2. Se le solicitará a usted, o alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso solo muestra que está informado sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de dejar de cubrir la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si quiere pedirnos que cubramos su atención durante un periodo más largo, tendrá que utilizar el proceso de apelación para hacer esta solicitud. Antes de empezar, entienda qué necesita hacer y cuáles son los plazos.

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

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decida si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica financiados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: presente su apelación de Nivel 1; comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una apelación acelerada. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que *recibió* (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, dirección y número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe contactar con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su **apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se extiende del plazo y quiere presentar una apelación, aún tiene derecho a apelar. Comuníquese con su Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto del Aviso de no cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado también pueden encontrarse en el Capítulo 2.

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

Término legal

Explicación detallada de la falta de cobertura. Es un aviso en el que se detallan las razones para terminar la cobertura.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales médicos de la Organización para la Mejora de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informarán de su apelación y recibirá la *Explicación detallada de la no cobertura* de nuestra parte, que explica en detalle nuestras razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan; los revisores le dirán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen “sí”?

- Si los revisores dicen “sí” a su apelación, **debemos seguir ofreciendo sus servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si estos lo aplican). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué pasa si los revisores dicen “no”?

- Si los revisores dicen “no”, su **cobertura terminará en la fecha que le hayamos indicado.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) **después** de esta fecha en la que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar usted mismo el costo total** de esta atención.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es “no”, decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los *revisores* rechazan su apelación de Nivel 1 y decide continuar recibiendo atención después de que haya finalizado su cobertura para la atención, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.3 Cómo hacer una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, puede que tenga que pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios en un Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) después de la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría.

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

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días naturales** desde el día en que la Organización para la Mejora de la Calidad haya dicho “no” a su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si continuó recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura para la atención.

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

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

Paso 3: en un plazo de 14 días desde la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le dirán su decisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión independiente dice “sí” a su apelación?

- **Debemos reembolsarle nuestra** parte de los costos de atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. **Debemos seguir proporcionando cobertura** para la atención mientras sea médicamente necesaria.
- Debe seguir pagando su parte de los costos y puede que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué ocurre si la organización de revisión independiente dice “no”?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le dirá por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es gestionado por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: si la respuesta es “no”, tendrá que decidir si quiere seguir adelante con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación tras el Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si quiere acudir a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso escrito que recibe tras su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es tramitada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 10 de este capítulo, se explica más sobre el proceso para las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple ciertos niveles mínimos, podría pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al mínimo, no puede apelar más. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de forma muy similar a los dos primeros. Aquí tiene quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un **juez de derecho administrativo** o un **abogado adjudicador** que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice “sí” a su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizarle o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días naturales tras recibir la decisión del juez administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento de respaldo. Podemos esperar la decisión de apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice “no” a su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo** de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es “sí”, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión ante el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizarle o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días naturales desde que el Consejo tome la decisión.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es “no” o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice “no” a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo proceder con esta.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un importe en dólares, es posible que pueda llegar a niveles adicionales de apelación. Si el importe es menor, no puede apelar más. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Aquí tiene quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un **juez de derecho administrativo** o un **abogado adjudicador** que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es “sí”, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar en 30 días naturales** después de recibir la decisión.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice “no” a su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo** de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es “sí”, el proceso de apelación termina.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar en 30 días naturales** después de tomar la decisión.
- **Si la respuesta es “no” o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice “no” a su apelación, el aviso que reciba le dirá si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo proceder con esta.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

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

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se gestionan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación se presentan ejemplos de los tipos de problemas que gestiona el proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibe (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? ¿Siente que lo están animando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? ¿Le han hecho esperar demasiado tiempo médicos, farmacéuticos u otros profesionales médicos? ¿O por parte de nuestro Servicios para Miembros u otro miembro del personal de nuestro plan? - Entre algunos de los ejemplos se incluyen esperar demasiado tiempo por teléfono, en la sala de espera o de examen, o conseguir una receta.
Limpieza	¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	¿No le hemos dado el aviso obligatorio? ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Este tipo de quejas se refieren a la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones y apelaciones de cobertura)	Si ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. A continuación, se mencionan algunos ejemplos: - Nos pidió una <i>decisión rápida de cobertura</i> o una <i>apelación acelerada</i>, y dijimos “no”; podía presentar una queja. - Cree que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. - Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos artículos médicos, servicios o medicamentos aprobados; puede presentar una queja. - Cree que no cumplimos los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina “**reclamación**”.
 - **Presentar una queja** se llama “**presentar una reclamación**”.
 - **Utilizar el proceso para quejas** se denomina “**usar el proceso para presentar una reclamación**”.
 - Una **queja acelerada** se llama “**reclamación acelerada**”.
-

Paso 1: comuníquese con nosotros cuanto antes, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) suele ser el primer paso.** Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros se lo comunicará.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos por escrito.
- Community First Health Plans debe recibir su queja en un plazo de 60 días naturales desde el evento o incidente del que se queja. Si algo le impidió presentar la queja (por ejemplo, estaba enfermo, proporcionamos información de contacto incorrecta, etc.), Infórmenos y podríamos aceptar su queja después de 60 días. Atenderemos su queja lo antes posible, pero no más tarde de 30 días después de recibirla. A veces necesitamos información adicional, o puede que quiera proporcionar más información. Si esto ocurre, podríamos tardar 14 días adicionales en responder a su queja. Si se tardan los 14 días adicionales, recibirá una carta informándolo. Si su queja es porque tardamos 14 días adicionales en responder a su solicitud de determinación o apelación de cobertura, o porque decidimos que no necesitaba una decisión rápida de cobertura ni una apelación acelerada, puede presentar una queja acelerada. Le responderemos en un plazo de 24 horas tras recibir su queja acelerada. La dirección y los números de fax para presentar quejas se encuentran en el Capítulo 2.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días naturales desde que tuvo el problema que quiere reclamar.

Paso 2: revisamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se resuelven en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y el retraso es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos dedicar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo diremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque hemos denegado su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación acelerada, automáticamente le daremos una queja acelerada.** Si tiene una queja acelerada, significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o con toda su queja o no asumimos la responsabilidad del problema del que se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta para usted.

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

Cuando su queja es sobre *la calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica financiados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se presta a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, puede encontrar la información de contacto.
O
- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para la Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo**

Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.medicare.gov/my/medicare-complaint). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10 Cómo terminar la membresía con nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo finalizar su membresía con nuestro plan

La finalización de su membresía en Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) puede ser de manera **voluntaria** (por su elección) o **involuntaria** (no por su elección):

- Puede que abandone nuestro plan porque ha decidido que *quiere* irse. En las Secciones 2 y 3, se ofrece información sobre cómo terminar voluntariamente su membresía.
 - También hay situaciones limitadas en las que se nos exige cancelar su membresía. En la Sección 5, se le explican situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si abandona nuestro plan, debe seguir recibiendo atención médica y medicamentos con receta, y seguirá pagando su parte del costo compartido hasta que termine su membresía.

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

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

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía solo en determinadas épocas del año. Como tiene Medicaid, puede finalizar su membresía con nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

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

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Extra y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante un periodo continuo de 63 días o superior, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se adhiere a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Llame a la oficina estatal de Medicaid para informarse sobre las opciones de su plan Medicaid.
- Otras opciones de planes de salud de Medicare están disponibles durante el **Periodo de inscripción abierta**. En la Sección 2.2, se le explica más sobre el Periodo de inscripción abierta.
- **Su membresía suele terminar el primer día del mes después de que reciba su solicitud para cambiar sus planes.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese día.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta

Puede finalizar su membresía durante el **Periodo de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- El **Periodo de inscripción abierta** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado.
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no realizar la inscripción automática.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Extra y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante un periodo continuo de 63 días o superior, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se incorpora a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía terminará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *un* cambio en su cobertura médica durante el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- El **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y, para los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan MA, abarca desde el mes en que adquieren el derecho a las Partes A y B hasta el último día del tercer mes de dicho derecho.
- **Durante el Periodo de inscripción abierta** de Medicare Advantage puede hacer lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Abandonar nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si cambia a Medicare Original durante este periodo, también puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare separado al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan Medicare Advantage, o bien recibimos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía comenzará el primer día del mes después de que reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Periodo de inscripción especial

En ciertas situaciones, es posible que sea elegible para terminar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Periodo de inscripción especial**.

- **Podría ser elegible para finalizar su membresía durante un Periodo de inscripción especial** si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Esos son solo ejemplos. Si desea consultar la lista completa puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).
 - Normalmente, cuando se muda
 - Si tiene Medicaid de Texas (es decir, es miembro STAR+Plus)
 - Si es elegible para recibir Ayuda Extra para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
 - Si incumplimos nuestro contrato con usted
 - Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC)
 - Si se inscribe en el Programa de atención integral para personas mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

Nota: Si está en un programa de control de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos periodos de inscripción especial. En la Sección 10 del Capítulo 5, se le explica más sobre los programas de control de medicamentos.

Nota: En la Sección 2.1, se le explica más sobre el periodo de inscripción especial para personas que tienen Medicaid.

- **Los periodos de inscripción** varían según su situación.
- **Para saber si es elegible para un Periodo de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), y los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como la cobertura de medicamentos. Puede elegir:
 - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado.
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
 - Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Extra y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante un periodo continuo de 63 días o superior, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se incorpora a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe Ayuda Extra de Medicare para pagar sus medicamentos de cobertura: si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no realizar la inscripción automática.

- **Su membresía suele finalizar** el primer día del mes después de recibir su solicitud para cambiar el plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2, se le explica más sobre el periodo especial de inscripción para personas que cuentan con Medicaid y Ayuda Extra.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo terminar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicios para Miembros** al 1-833-434-2347 (TTY 711).
- Encontrar la información en el **Manual Medicare & You 2027**.
- Llamar **a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía con nuestro plan

En la siguiente tabla se explica cómo debería terminar su membresía con nuestro plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	- Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. - Será dado de baja automáticamente de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.	Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Será dado de baja automáticamente de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.	Envíenos una solicitud por escrito para que le den de baja. Llame a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. - También puede llamar a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), y pedir que le den de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Será dado de baja de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare, deja de recibir Ayuda Extra y se queda sin cobertura de medicamentos acreditable durante un periodo continuo de 63 días o superior, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si se incorpora a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene dudas sobre sus beneficios de Medicaid de Texas, comuníquese con Medicaid de Texas al 1-800-335-8957 TTY 711 o al 1-800-735-2989 de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Pregunte cómo afecta el ingreso en otro plan o el regreso a Medicare Original en la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid de Texas.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Siga utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- Siga utilizando nuestras farmacias dentro de la red o por correo para que le surtan sus recetas.**
- Si le hospitalizan el día que termina su membresía,** su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta (incluso si le dan de alta después de que empiece su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) debe poner fin a su membresía en ciertas situaciones

Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) debe terminar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
 - 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 en el número que aparece al reverso de este documento.
 - El periodo de elegibilidad continua presunta de nuestro plan es de seis meses. El periodo de elegibilidad continua presunta comienza el primero del mes siguiente al mes en que pierde la condición de necesidades especiales.
- Si no paga su contribución médica, cuando corresponda.
- Si se muda fuera de nuestra zona de servicio.
- Si está fuera de nuestra zona de servicio más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711) para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro de la zona de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos ni reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que ofrezca cobertura de medicamentos.
- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencional al inscribirse en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para este. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta continuamente de manera disruptiva y dificulta que le proporcionemos atención médica a usted y a los demás miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
 - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría investigar su caso por el Inspector General.
- Si tiene que pagar el importe adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare le dará de baja de nuestro plan.

Si tiene preguntas o quiere más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame a **Servicios para Miembros** al 1-833-434-2347 (TTY 711) para obtener más información.

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo de salud.

¿Qué debería hacer si esto ocurre?

Si siente que le están pidiendo que abandone nuestro plan por motivos de salud, debería llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía con nuestro plan

Si finalizamos su membresía con nuestro plan, debemos decirle por escrito nuestras razones para cancelar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una reclamación o una queja sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación aplicable

La principal ley que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y las regulaciones creadas de conformidad con la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que le protejan de la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, historial de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluidas el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención a Bajo Precio, todas las demás leyes aplicables a organizaciones que reciben fondos federales, así como cualquier otra ley o norma aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes por casos de discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [HHS.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para Miembros al 1-833-434-2347 (TTY 711). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de Medicare como pagador secundario

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no es el pagador principal. De conformidad con las normas de los CMS establecidas en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP), en su calidad de organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario en virtud de las normas de los CMS contenidas en las subpartes B a D de la Parte 411 del Título 42 del CFR; asimismo, las reglas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

Capítulo 12 Definiciones

Apelación: una apelación es algo que se hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica, medicamentos con receta, pago por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de dejar de recibir los servicios.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el lugar donde vivan las personas. Para planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también suele ser el área donde puede recibir servicios rutinarios (no de emergencia). Nuestro plan podría darle de baja si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Atención de emergencias: servicios cubiertos que: (1) son prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en Centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Entre algunos de los ejemplos de atención en centros de enfermería especializada se incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede ser administrada por un enfermero o médico titulado.

Autorización previa: aprobación previa para recibir servicios o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestra página web.

Auxiliar de atención médica domiciliaria: un auxiliar de atención médica domiciliaria presta servicios que no requieren las competencias de un enfermero o terapeuta con licencia, tales como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Ayuda Extra: un programa de Medicare para ayudar a personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Baja o darse de baja: el proceso para finalizar su membresía con nuestro plan.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte **Biosimilares intercambiables**).

Centro de rehabilitación ambulatoria integral (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que principalmente ofrece servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, y ofrece una variedad de servicios que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de logopedia, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no necesitan hospitalización y cuya estancia esperada en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Medicare y Medicaid Services (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, la proporcionada por un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Copago: un importe que es posible que deba pagar como parte del costo de un servicio médico o suministro, como una visita al médico, una visita ambulatoria o un medicamento con receta. Un copago es un importe fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un importe que puede estar obligado a pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, el 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los importes que un miembro debe pagar cuando se reciben servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier importe deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran servicios o medicamentos; (2) cualquier importe fijo de "copago" que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier importe de "coseguro", un porcentaje del importe total pagado por un servicio o medicamento que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico. Es posible que se aplique una "tarifa diaria de costo compartido" cuando su médico le recete una cantidad de ciertos medicamentos inferior al suministro para un mes completo y usted deba pagar un copago.

Costos de bolsillo: consulte la definición de costo compartido que figura anteriormente. El requisito de costo compartido de un miembro para que pague una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina "requisito de costo de bolsillo del miembro".

Cuidados asistenciales: los cuidados asistenciales son los cuidados personales que se ofrecen en un hogar de ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no se necesita atención médica especializada ni cuidados de enfermería especializada. Los cuidados asistenciales son los cuidados personales que pueden ofrecer personas que no tienen habilidades profesionales ni capacitación, como ayuda en actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, meterse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de la gente realiza por sí misma, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no cubre los cuidados asistenciales.

Cuidados paliativos: un beneficio que proporciona tratamiento especial a un miembro certificado médicamente como terminal enfermo, es decir, con una esperanza de vida de seis meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si elige cuidados paliativos y sigue pagando primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede acceder a todos los servicios médicamente necesarios, así como a los beneficios complementarios que ofrecemos.

Deducible: el importe que debe pagar por la atención médica o las recetas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Derivación: una orden escrita de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una derivación, nuestro plan puede no pagar por los servicios de un especialista.

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

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

D-SNP integrado: un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un único plan

de salud para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también son conocidas como individuos con doble derecho a beneficio completo.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de vidas, la pérdida de una extremidad o la pérdida de función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): determinado equipo médico que solicita su médico por motivos médicos. Entre algunos de los ejemplos se incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos, después de que usted, u otras partes calificadas en su nombre, hayan gastado \$2,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo para el año alcancen el umbral de pago.

Evaluación de riesgos para la salud: una revisión de su historia clínica y estado actual de su afección. Se utiliza para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, anexo u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como Miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido inferior (una excepción por niveles). También puede solicitar una excepción si su patrocinador de plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más del importe de costo compartido permitido por nuestro plan. Como miembro de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP), solo tiene que pagar los importes del costo compartido de nuestro plan cuando reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** ni que le cobren más allá del importe de costo compartido que su plan establece que usted debe pagar.

Farmacia dentro de la red: una farmacia que contrata con nuestro plan y donde los miembros pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica para cada una. Esto incluye importes del costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Hospitalización: una hospitalización cuando ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca ingresado en el hospital durante la noche, es posible que aún lo consideren paciente ambulatorio.

Importe de ajuste mensual basado en los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años, supera un determinado importe, usted pagará la prima estándar más un importe de ajuste mensual basado en los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional añadido a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría no pagará una prima más alta.

Importe máximo de bolsillo: el importe máximo que paga de su bolsillo durante el año natural por servicios cubiertos. Los importes que paga por las primas de la Parte A y Parte B de Medicare, así como los medicamentos con receta, no cuentan para el importe máximo de bolsillo. Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare mediante Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo a fin de alcanzar el importe máximo de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. **(Nota:** Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este costo de bolsillo máximo).

Indicación médicamente aceptada: un uso de un medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information System.

Individuo con doble elegibilidad: persona que cumple los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que la Seguridad Social paga a personas con ingresos y recursos limitados que sean discapacitadas, ciegas o de 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios de la Seguridad Social.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un periodo de tiempo definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si cumple los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicamento de marca: un medicamento con receta que es fabricado y vendido por la farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento comercial ha expirado.

Medicamento genérico: un medicamento con receta aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" funciona igual que uno de marca y suele costar menos.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Puede que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare Original (“Medicare tradicional” o Medicare “Pago por servicio”): Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. A través de Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos y se les paga a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los importes establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del importe aprobado por Medicare, y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas menores de 65 con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Miembro (Miembro de nuestro plan o “Miembro del plan”): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica financiados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención que se ofrece a los pacientes de Medicare.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Penalización por inscripción tardía de la Parte D: un importe añadido a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más, una vez que reúne los requisitos para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez. Si pierde su beneficio de Ayuda Extra, podría estar sujeto a la penalización por inscripción tardía si pasa un periodo continuo de 63 días o superior sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Periodo de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si entra en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. No hay límite en el número de periodos de beneficios.

Periodo de inscripción abierta en Medicare Advantage: el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiar a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiar a Medicare Original durante este periodo, también puede unirse a un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. El Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un periodo de tres meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

Periodo de inscripción abierta: el periodo del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o medicamentos o cambiar a Medicare Original.

Periodo de inscripción inicial: el periodo durante el cual puede inscribirse en las Partes A y B de Medicare cuando reúne los requisitos para hacerlo por primera vez. Por ejemplo, si reúne los requisitos para Medicare al cumplir 65 años, su periodo de inscripción inicial es el plazo de siete meses que comienza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye dicho mes y finaliza tres meses después de ese mismo mes.

Plan de costos de Medicare: un Plan de costos de Medicare es un plan administrado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) conforme a un contrato de reembolso de costos establecido en la Sección 1876(h) de la Ley.

Plan de la Organización de Proveedores Preferentes (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de la Organización de Proveedores Preferentes es un Plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un importe de pago determinado. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sean recibidos de proveedores dentro de la red o de proveedores fuera de la red. El costo compartido por miembros suele ser mayor cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de bolsillo para servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferentes) y un límite más alto en el total combinado de sus costos de bolsillo para servicios tanto de proveedores dentro de la red (preferentes) como de fuera de la red (no preferentes).

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) de Equivalencia Institucional: un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero requieren el nivel de atención que ofrece un centro especializado.

Plan de necesidades especiales institucionales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) al menos 90 días seguidos en determinados centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNPs equivalentes institucionales (Institutional-equivalent SNP, IE-SNPs), SNPs institucionales híbridos (Hybrid Institutional SNP, HI-SNPs) y SNPs institucionales basados en centros (Facility-based Institutional SNP, FI-SNPs).

Plan de necesidades especiales para beneficiarios duales (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de cada persona.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece una atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, viven en un hogar de ancianos o tienen ciertas enfermedades crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los programas piloto o de demostración y los Programas de atención integral para personas mayores (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada que contrata con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) una Organización de proveedores preferentes (Preferred Providers Organization, PPO), iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), o iv), o un Plan de cuenta de ahorro médico de Medicare (Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para personas mayores) combina servicios médicos, sociales y de cuidados a largo plazo (LTC) para personas con fragilidad, con el fin de ayudarles a mantener su independencia y a seguir viviendo en su comunidad (en lugar de trasladarse a un hogar de ancianos) durante el mayor tiempo posible, al tiempo que reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través de nuestro plan.

Póliza Medigap (Seguro Complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías privadas para cubrir “vacíos” en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para la cobertura de medicamentos con receta.

Producto biológico original: un producto biológico aprobado por la FDA que sirve como comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se le denomina “producto de referencia”.

Producto biológico: un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares (consulte **Producto biológico original** y **Biosimilar**).

Programa de descuento de fabricantes: un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos y biológicos cubiertos de marca de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo de terapias con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades médicas complejas, dirigido a personas que cumplen ciertos requisitos o que participan en un Programa de control de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Prótesis y ortesis: dispositivos médicos entre los que se incluyen férulas para el brazo, la espalda y el cuello; prótesis; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): el médico u otro profesional al que acude primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe acudir a su médico de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Proveedor dentro de la red: “proveedor” es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores dentro de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores dentro de la red también pueden denominarse **“proveedores del plan”**.

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

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **“presentar una reclamación”**. El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que se recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple con los plazos del proceso de apelación.

Reclamación: un tipo de queja que presenta sobre nosotros o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término “Servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como visión, dentales o audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

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

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional.

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamaciones y apelaciones.

Servicios preventivos: servicios de atención médica que le ayudan a mantenerlo sano, detectar problemas de salud a tiempo, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Entre los servicios preventivos se incluyen exámenes, inyecciones, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También se incluyen programas de monitorización de la salud, así como asesoramiento y educación para ayudarlo a cuidar su propia salud.

Servicios urgentemente necesarios: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no constituye una emergencia, se considera un servicio urgentemente necesario si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas las circunstancias de tiempo y lugar, no resulta razonable obtener dicho servicio a través de los proveedores dentro de la red con los que nuestro plan tiene contrato. Entre algunos de los ejemplos de servicios urgentemente necesarios se encuentran las enfermedades médicas imprevistas y las lesiones, o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas rutinarias médicamente necesarias al médico, como las revisiones anuales, no se consideran urgentemente necesarias incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red de planes está temporalmente no disponible.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte Ayuda Extra.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para cubrir el costo de la receta médica. La tarifa de dispensación cubre costos como el tiempo que el farmacéutico tiene para preparar y empaquetar la receta.

Tarifa diaria de costo compartido: es posible que se aplique una "tarifa diaria de costo compartido" cuando su médico le recete una cantidad de ciertos medicamentos inferior al suministro para un mes completo y usted deba pagar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por el número de días en el suministro mensual. Aquí tiene un ejemplo: si su copago por un suministro mensual de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tarifa diaria de costo compartido" es de \$1 por día.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de cubrir el medicamento que su médico podría haber recetado inicialmente.

Umbral de costos de bolsillo: el importe máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Servicios para Miembros de Community First Medicare Advantage Mezquite Dual (HMO D-SNP)

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAMADA	1-833-434-2347 (número gratuito) 210-358-6386 (local) Los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de octubre al 31 de marzo) De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre) Servicio de mensajería disponible los fines de semana y días festivos del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita. Disponemos de servicios de intérprete gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. (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	CommunityFirstMedicare.com

Programa de información, asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) (Texas SHIP)

HICAP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito de seguro médico local a personas que cuentan con Medicare.

Método	Programa de información, asesoramiento y defensa de seguros médicos (HICAP) (Texas SHIP)
LLAMADA	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades para oír o hablar.
CORREO POSTAL	info@shiptacenter.org
PÁGINA WEB	HHS.Texas.gov/Services/Health/Medicare

2027

EVIDENCIA DE COBERTURA

DESCRIPCIÓN GENERAL DE SU PLAN
COMMUNITY FIRST MEDICARE ADVANTAGE
MEZQUITE DUAL (HMO D-SNP) H5447-003
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

COMMUNITY FIRST
— PLAN MEDICARE ADVANTAGE —
MEZQUITE DUAL

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