



**Su versión más saludable.
Eso es lo que hacemos.**

2021
Guía de
inscripción

Advantage Dual SNP (HMO SNP)

Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad
de Medicare Advantage

FirstCare[™]
★
HEALTH PLANS
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

H5742_21WTXPEK-SP_M

Información de contacto



Servicio al Cliente

1.866.229.4969

TTY: 711

1 de octubre al

31 de marzo

8 a. m. a 8 p. m., CT

7 días a la semana

1 de abril al

30 de septiembre

8 a. m. a 8 p. m., CT

Lunes a viernes



Solicitudes de inscripción
completadas por fax

1.512.257.6027



Solicitudes de inscripción
completadas por correo

FirstCare Advantage

Dual SNP

Attention:

Enrollment Department

12940 N. Hwy 183

Austin, TX 78750



FirstCare.com/DualSNP

Dentro de esta guía

Introducción/información
de inscripción

Resumen de beneficios de 2021

Alcance del formulario de citas

Solicitud de inscripción

Calificación con estrellas de Medicare

Sobre de correo de respuestas
comercial

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan de salud con un contrato de Medicare y con un contrato con el programa de Medicaid de Texas. La inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Su versión más saludable. Eso es lo que hacemos.

FirstCare Health Plans fue fundada en Amarillo en 1985 y se ha especializado en planes de seguros de salud en Texas durante más de 30 años. Somos propiedad de Scott and White Health Plan, parte de Baylor Scott & White Health, con sede en Texas, y tenemos la confianza de más de 140 000 miembros en el oeste de Texas.

Cómo funciona el plan Dual SNP

FirstCare Advantage Dual SNP es un plan especializado Medicare Advantage (un “plan para necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. FirstCare Advantage Dual SNP está diseñado específicamente para personas con “doble elegibilidad” que tienen Medicare y derecho a la asistencia de Medicaid.

Con FirstCare Advantage Dual SNP, tendrá cobertura de Medicare y Medicaid o del Programa de Ahorros de Medicare:

- Medicare es el programa federal de seguros de salud para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados.

Como recibe asistencia de Medicaid con su costo compartido de la Parte A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no deba pagar por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también podría proporcionar otros beneficios al cubrir servicios de atención médica, como servicios de apoyo a largo plazo y servicios de exención basados en el hogar y la comunidad que generalmente Medicare no cubre. También recibirá “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta de Medicare.

¿Tiene que recibir atención de un proveedor de la red?

Sí. Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red para que le brinde y supervise su atención médica. Su PCP puede ayudarlo a obtener acceso a especialistas, revisar sus medicamentos y conversar con usted sobre las opciones de tratamiento. No necesita remisiones. Su PCP lo ayudará a coordinar los servicios necesarios, como análisis de laboratorio, radiología y equipo médico duradero/prótesis, especialmente si necesita los servicios fuera de la red y sería necesaria una autorización.

Salvo para la atención de urgencia y emergencia, debe recibir su atención y servicios de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red del plan) no tendrá cobertura.

¿Cómo puede encontrar un PCP o un proveedor de la red?

Puede elegir un PCP consultando la lista de proveedores de la red en los directorios de proveedores y farmacias. Si no tiene una copia de los directorios de proveedores y farmacias, puede solicitar una copia al Servicio al Cliente de FirstCare. También puede consultar los directorios en **FirstCare.com/DualSNP**. Puede indicar el PCP en su formulario de solicitud de inscripción inicial (solicitud) o llamar al Servicio al Cliente de FirstCare al **1.866.229.4969** para designar a un médico u obtener más asistencia.



¿Puede consultar a un médico en línea o por teléfono?

Sí. Nos asociamos con MDLIVE para permitirle consultar a un médico, asesor o psiquiatra a través de su teléfono, teléfono inteligente, tableta o computadora de escritorio. En lugar de subirse al auto y dirigirse al consultorio del médico, puede quedarse en su hogar y consultar al médico según su conveniencia. Recibe este servicio de telesalud por un copago de \$0 por ser miembro del plan FirstCare Advantage Dual SNP.

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

El programa de Ayuda Adicional está disponible para que las personas con ingresos y recursos limitados paguen por los medicamentos con receta. Para recibir esta ayuda, debe vivir en los Estados Unidos, cumplir con los requisitos de ingresos y recursos, y estar inscrito en Medicare.

Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales, los deducibles anuales y los coseguros. Además, quienes reúnan los requisitos no estarán sujetos a la etapa del período sin cobertura ni a la multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para averiguar si reúne los requisitos, comuníquese con alguna de estas agencias:

Medicare:

1.800.633.4227

TTY: 1.877.486.2048

Durante las 24 horas,
los 7 días de la semana

Seguro Social:

1.800.772.1213

TTY: 1.800.325.0778

7 a. m. a 7 p. m.

Lunes a viernes

La oficina de Medicaid de su estado

YourTexasBenefits.com

877.541.7905

Su Agencia local de Área sobre el Envejecimiento

Para encontrar la agencia más cercana a su domicilio:

1.800.677.1116

Cómo solicitar los beneficios de Medicaid

Para ser elegible para inscribirse en FirstCare Advantage Dual SNP, también debe tener Medicaid. Si aún no tiene Medicaid y desea imprimir una solicitud de Medicaid desde su computadora o que le envíen una:

- Ingrese a **YourTexasBenefits.com**. Haga clic en “Obtener una forma impresa” en la parte inferior de la página. Haga clic en “Bajar” para imprimirla o haga clic en “Enviar por correo postal” para los formularios que desee que le envíen.
- O bien llame al número gratuito 211 o **1.877.541.7905**. Después de elegir un idioma, presione 2. El personal puede ayudarle de 8 a. m. a 6 p. m., hora del centro, de lunes a viernes.



FirstCare Advantage Dual SNP – Con vigencia a partir del 1 de enero de 2021

Beneficios del plan médico	Premier		Select	
Prima mensual (Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague un tercero, como Medicaid. El importe de Ayuda adicional que recibe para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta de Medicare determinará su prima mensual del plan; la mayoría de los beneficiarios de doble elegibilidad no deben pagar una prima).	Nivel de ayuda adicional 100 % 75 % 50 % 25 %	Prima mensual \$0 \$5,60 \$11,30 \$16,90	Nivel de ayuda adicional 100 % 75 % 50 % 25 %	Prima mensual \$0 \$5,60 \$11,30 \$16,90
Deducible	\$0		\$0	
Gasto de bolsillo máximo (anual, no incluye medicamentos con receta).	\$6700		\$6700	
Hospital con servicios de internación	Copago de \$0		Definido por Medicare costo compartido	
Cirugía para pacientes externos (centro)	Copago de \$0		Definido por Medicare costo compartido	
Consulta al médico de atención primaria (PCP)	Copago de \$0		Copago de \$0	
Consulta de telesalud (PCP)	Copago de \$0		Copago de \$0	
Consulta al médico de atención de especialidad (SCP)	Copago de \$0		Coseguro del 20 %	
Atención preventiva	Copago de \$0		Copago de \$0	
Emergencias (solo en los EE. UU.; copago eximido si se lo hospitaliza dentro de las 24 horas)	Copago de \$0		20 % hasta \$90	
Servicios de urgencia (solo en los EE. UU.)	Copago de \$0		20 % hasta \$65	
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio	Copago de \$0		Coseguro del 20 %	
Servicios auditivos	Copago de \$0		Coseguro del 20 %	
Salud mental para pacientes internados	Copago de \$0		Coseguro del 20 %	
Atención mental para pacientes externos (por consulta; terapia grupal o individual)	Copago de \$0		Coseguro del 20 %	
Trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos (por consulta; terapia grupal o individual)	Copago de \$0		Coseguro del 20 %	
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)/atención médica a domicilio/hospicio	Copago de \$0		Días 1-20: \$0 Días 21-100: \$176	
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla (por consulta)	Copago de \$0		Coseguro del 20 %	
Ambulancia (solo en los EE. UU.)	Copago de \$0		Coseguro del 20 %	
Equipo médico duradero/dispositivos ortopédicos y protésicos	Copago de \$0		Coseguro del 20 %	
Suministros para diabetes (tiras reactivas, lancetas)	Copago de \$0		Coseguro del 20 %	

Para obtener más información sobre cualquiera de los beneficios mencionados en estas páginas, consulte el Resumen de beneficios incluido en este manual y la Evidencia de cobertura disponible en [FirstCare.com/DualSNP](https://www.FirstCare.com/DualSNP).



Beneficios adicionales

Es posible que los beneficios de Medicare Original no sean suficientes para satisfacer sus necesidades de atención médica. FirstCare Advantage Dual SNP no solo le brinda todos los beneficios de Medicare Original, como acceso a médicos y hospitales, sino que también incluye muchos beneficios adicionales para ayudarlo a reducir los gastos de su bolsillo.

Beneficios adicionales	Premier	Select
Examen de la vista de rutina (uno por año)	Copago de \$0	Copago de \$0
Gafas (asignación anual para la compra de gafas no cubiertas por Medicare, incluidos lentes de contacto, anteojos, lentes y monturas)	\$75 de asignación anual para la compra	\$75 de asignación anual para la compra
Audífonos (cada dos años)	Subsidio de \$600 para la compra	Subsidio de \$600 para la compra
Servicios dentales (una consulta de rutina por año, incluidos un examen bucal, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías dentales)	Copago de \$0	Copago de \$0
Comidas a domicilio (14 comidas por alta del hospital a su hogar; límite de 3 altas por año)	Copago de \$0	Copago de \$0
Transporte de rutina (hasta 24 viajes de ida o vuelta por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas en cada sentido)	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de apoyo a domicilio (hasta 5 turnos de cuatro horas de asistencia para realizar las actividades de la vida diaria [ADL] por año)	Copago de \$0	Copago de \$0

Cómo elegir el plan adecuado

Si tiene los siguientes tipos de Medicaid, reúne los requisitos para el plan **Premier**:

Beneficiario calificado de Medicare, beneficiario calificado de Medicare+ o beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare+

Si tiene los siguientes tipos de Medicaid o el Programa de Ahorros de Medicare, reúne los requisitos para el plan **Select**:

Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare, individuo calificado, individuo incapacitado y empleado calificado o servicios de ayudante en la comunidad

Hable con un agente de seguro con licencia para obtener más información.



Medicamentos con receta asequibles

Los beneficios de medicamentos con receta están incluidos en el plan FirstCare Advantage Dual SNP. Cuando necesite obtener una receta, simplemente presente su identificación de miembro en una farmacia de la red para recibir un suministro para 30 días. Deberá pagarle a la farmacia su parte del costo cuando retire los medicamentos.

Beneficios para medicamentos con receta	Premier		Select	
Monto de cobertura inicial	\$4130		\$4130	
Deducible	\$0 o \$92, según su nivel de subsidio por bajos ingresos		\$0 o \$92, según su nivel de subsidio por bajos ingresos	
Los copagos varían según su nivel de Ayuda adicional	Genéricos (incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos)	Todos los demás medicamentos	Genéricos (incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos)	Todos los demás medicamentos
Subsidio por bajos ingresos 1	Copago de \$3,70	Copago de \$9,20	Copago de \$3,70	Copago de \$9,20
Subsidio por bajos ingresos 2	Copago de \$1,30	Copago de \$4	Copago de \$1,30	Copago de \$4
Subsidio por bajos ingresos 3	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Subsidio por bajos ingresos 4	Coseguro del 15 %	Coseguro del 15 %	Coseguro del 15 %	Coseguro del 15 %
Gasto de bolsillo total que paga antes de la cobertura en caso de catástrofe	\$6550		\$6550	
Montos de cobertura en caso de catástrofe – Paga	El 5 % o \$3,70, lo que sea mayor, para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) o \$9.20 para todos los demás medicamentos			

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del pedido por correo son medicamentos que toma de forma periódica para una afección crónica o a largo plazo. El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted pida, por lo menos, un suministro para 30 días del medicamento, pero para no más de 90 días.

Para que el plan de salud los cubra, los medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” (Formulario) del plan. Para averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos, visite el sitio web del plan en **FirstCare.com/DualSNP**. La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada. También puede llamar al Servicio al Cliente de FirstCare para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. Por su salud y seguridad, los planes Dual SNP de Medicare podrían tener requisitos o límites adicionales respecto a la cobertura para medicamentos con receta, incluidos los siguientes:

- **Autorización previa:** FirstCare Advantage Dual SNP requiere que usted o su médico obtengan autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación del plan de salud antes de obtener sus recetas.
- **Límites de cantidad:** algunos medicamentos tienen límites respecto a la cantidad que puede obtener de una vez.

Programas para miembros calificados

FirstCare Advantage Dual SNP ofrece muchos programas sin costo para que nuestra atención y nuestros servicios sean incluso mejores. Entre ellos se incluyen los siguientes:

- **Administración de casos:** en un esfuerzo por mantenerlo lo más saludable posible, los administradores de casos asisten en la coordinación de los servicios para los miembros que tienen enfermedades o afecciones crónicas. Lo ayudan a navegar por el sistema de atención médica y asisten con las remisiones y las autorizaciones para ayudar a satisfacer sus necesidades de atención.
- **Control de enfermedades:** este programa voluntario brinda educación y apoyo a los miembros que tienen determinadas afecciones crónicas, como diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva y muchas otras.
- **Control de terapia con medicamentos:** este programa lo conecta con un farmacéutico que lo ayudará a controlar sus medicamentos.
- **Administración de utilización:** este programa ayuda a controlar los costos y garantiza la necesidad médica de los medicamentos, las cirugías y las hospitalizaciones.
- **Programas de educación sobre salud y bienestar:** son programas enfocados en afecciones de salud como presión arterial alta, colesterol, asma y necesidades alimenticias especiales. Los programas diseñados para enriquecer su salud y estilo de vida incluyen control del peso, acondicionamiento físico y control del estrés.
- **Línea de enfermería:** este servicio telefónico gratuito le permite hablar con el personal de enfermería sobre sus inquietudes de salud. El personal de enfermería responde la llamada durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Estamos en su localidad y preparados para ayudar

En FirstCare Advantage Dual SNP, nos preocupamos por usted, sin importar su edad o su estado de salud. Queremos que reciba la atención que necesite y esté conforme con su experiencia de atención, ya sea con un proveedor de la red, el Servicio al Cliente o su administrador de casos local.

Estamos en constante búsqueda de formas para mejorar la experiencia de atención de nuestros miembros y trabajamos en estrecha colaboración con los miembros y médicos para lograr lo siguiente:

- Mejorar la calidad de la atención.
- Reducir los tiempos de espera.
- Simplificar la programación de citas.
- Asegurarnos de que usted reciba las vacunas y la atención preventiva.
- Alentar las conversaciones entre usted y su médico.
- Y más.

Cómo inscribirse

Asegúrese de que reúne los requisitos

Usted es elegible para ser miembro de FirstCare Advantage Dual SNP siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área geográfica de servicio, que incluye los siguientes condados de Texas: Carson, Crosby, Deaf Smith, Floyd, Garza, Hale, Hockley, Hutchinson, Lamb, Lubbock, Lynn, Potter, Randall, Swisher y Terry.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o se encuentre legalmente en los Estados Unidos.
- Sea elegible para Medicare y Medicaid o para el Programa de Ahorros de Medicare.



Inscríbase por teléfono.

1.866.229.4969/TTY: 711



O bien complete y envíe un formulario de inscripción.

(Incluido en esta guía).

Complete todas las páginas del formulario. Asegúrese de firmar y fechar el formulario de inscripción. Su firma en el formulario indica que usted ha leído y comprende el proceso de inscripción. No podemos procesar su formulario de inscripción sin su firma.



Envíe cada página del formulario de inscripción completado y firmado a la siguiente dirección:

FirstCare Advantage Dual SNP
Attention: Enrollment Department
12940 N. Hwy 183
Austin, TX 78750



O bien envíenos un fax a **1.512.257.6027**.

Procesaremos su solicitud y luego le enviaremos un kit de bienvenida con información sobre cómo acceder a su documento de Evidencia de cobertura. Recibirá su identificación de miembro de FirstCare Advantage Dual SNP en un sobre separado.

¿Tiene preguntas sobre la inscripción? 1.866.229.4969/TTY: 711



Su versión más saludable.
Eso es lo que hacemos.

2021
Guía de
inscripción

Advantage Dual SNP (HMO SNP)

Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad
de Medicare Advantage

FirstCare[™]
★
HEALTH PLANS
PART OF BAYLOR SCOTT & WHITE HEALTH

Este es un resumen de los servicios de medicamentos y salud incluidos en el Plan FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP), ofrecido por los Planes de salud FirstCare.

Resumen de beneficios

1 de enero de 2021 - 31 de diciembre de 2021

Este folleto le brinda un resumen de lo que incluye la cobertura y lo que usted paga. No enumera todos los servicios que incluidos en la cobertura ni enumera todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la *Evidencia de cobertura*, disponible en nuestro sitio web en firstcare.com/dualsnp antes del 15 de octubre de 2020.

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan de salud con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Texas. La inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este Resumen de Beneficios le brinda un resumen de lo que cubre FirstCare Advantage Dual SNP y lo que paga usted.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de Medicare, solicite a los otros planes sus folletos de Resumen de beneficios y servicios médicos. O utilice el Buscador de planes de Medicare en <https://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual "**Medicare y usted**". Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Cosas para saber sobre FirstCare Advantage Dual SNP

- Puede llamarnos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
- Llame gratis al 1-866-229-4969 o TTY 711.
- Nuestro sitio web: firstcare.com/dualsnp.

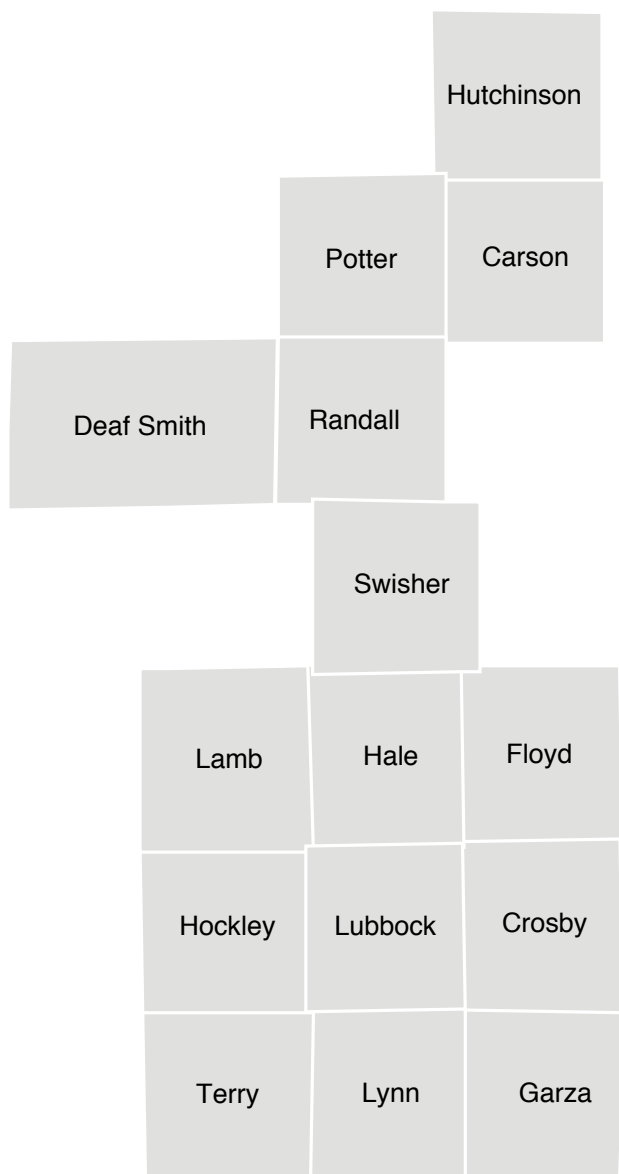
Este documento está disponible en otros formatos, como por ejemplo en letra grande. El documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés.

¿Quién puede unirse?

Para unirse a FirstCare Advantage Dual SNP, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y el programa Medicaid de Texas, y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Carson, Crosby, Deaf Smith, Floyd, Garza, Hale, Hockley, Hutchinson, Lamb, Lubbock, Lynn, Potter, Randall, Swisher, y Terry.

¿Cuál es el área de servicio para **FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP)?**



Los condados incluidos en el área de servicio se enumeran a continuación:

Carson, Crosby, Deaf Smith, Floyd, Garza, Hale, Hockley, Hutchinson, Lamb, Lubbock, Lynn, Potter, Randall, Swisher, y Terry

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

FirstCare Advantage Dual SNP tiene un directorio de la red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puede encontrar en nuestro sitio web en firstcare.com/dualsnp. Debe utilizar prestadores de servicios médicos y farmacias de la red para los servicios incluidos en la cobertura, a menos que el plan autorice lo contrario.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestra cobertura incluye todo lo que está incluido en la cobertura de Original Medicare, y más.

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios incluidos en la cobertura de Original Medicare.
- Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo incluido en la cobertura de Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

FirstCare Advantage Dual SNP cubre los medicamentos de la Parte B y la Parte D de Medicare. Se pueden aplicar ciertas limitaciones.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

El monto que paga por los medicamentos depende del medicamento que esté tomando y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, en firstcare.com/dualsnp.

Primas y beneficios	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Prima mensual del plan	\$0 -\$22.50 por mes. Los beneficiarios de subsidios de bajos ingresos generalmente no tienen una prima.	\$0 -\$22.50 por mes. Los beneficiarios de subsidios de bajos ingresos generalmente no tienen una prima.
Deducible	Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios. Usted paga \$0. \$0 por servicios dentro de la red. \$0 -\$92 por año para medicamentos recetados de la Parte D según su nivel de subsidio para personas de bajos ingresos. Los beneficiarios de subsidios de bajos ingresos generalmente no tienen un deducible de la Parte D.	Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios. Usted paga \$0. Deducible anual por servicios para pacientes hospitalizados definido por Medicare para los servicios dentro de la red, según su nivel de elegibilidad para Medicaid. \$0 - \$92 por año para medicamentos recetados de la Parte D, según su nivel de subsidio para personas de bajos ingresos. Los beneficiarios de subsidios de bajos ingresos generalmente no tienen un deducible de la Parte D.
Responsabilidad de gasto máximo de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	\$6,700. Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.	\$6,700. Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.
Hospital para hospitalización	Copago de \$0 por cada hospitalización cubierta por Medicare.	Gasto compartido definido por Medicare para cada estadía en el hospital cubierta por Medicare.
Hospital ambulatorio		
Centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga un coseguro del 20%.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga un coseguro del 20%.

Primas y beneficios	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Visitas al doctor Prestadores principales de servicios médicos Especialista	Usted paga un copago de \$0 por visita. Usted paga un copago de \$0 por visita.	Usted paga un copago de \$0 por visita. Usted paga un coseguro del 20% por visita.
Cuidado preventivo	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$0 por visita.	Usted paga un coseguro del 20% hasta un copago de \$90 por visita.
Servicios que se necesitan con urgencia	Usted paga un copago de \$0 por visita.	Usted paga un coseguro del 20% hasta un copago de \$65 por visita.
Servicios de Diagnóstico/Laboratorio/Imágenes Pruebas y procedimientos de diagnóstico Servicios de laboratorio Servicios diagnósticos de radiología, p. ej., tomografía por resonancia magnética o tomografía computarizada (MRI, CAT Scan, en inglés) Radiografías para pacientes ambulatorios	Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago.	Usted paga un coseguro del 20%. Usted paga un coseguro del 20%. Usted paga un coseguro del 20%. Usted paga un coseguro del 20%.
Servicios auditivos Examen auditivo cubierto por Medicare Examen auditivo de rutina Audífonos	Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición cubierto por Medicare. Copago de \$0. Subsidio de \$600 para la compra de audífonos cada dos años.	Usted paga un coseguro del 20% por un examen de audición cubierto por Medicare. Copago de \$0. Subsidio de \$600 para la compra de audífonos cada dos años.
Servicios dentales	Copago de \$0 Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción o el reemplazo de dientes).	20% de coseguro Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios relacionados con la atención, el tratamiento, el empaste, la extracción o el reemplazo de dientes).

Primas y beneficios	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Servicios para la vista Gafas Examen de rutina de la vista Examen de la vista cubierto por Medicare	Subsidio de \$75 para la compra de anteojos cada año. Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina por año. Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista cubierto por Medicare.	Subsidio de \$75 para la compra de anteojos cada año. Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina por año. Usted paga un coseguro del 20% por un examen de la vista cubierto por Medicare.
Servicios de salud mental Consulta de paciente hospitalizado Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios	Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago.	Usted paga el costo compartido definido por Medicare. Usted paga un coseguro del 20%.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga los días 1 - 20: copago de \$0 por día. Días 21 - 100: copago de \$176 por día.
Terapia física Consulta de terapia ocupacional Consulta de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje.	Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago.	Usted paga un coseguro del 20%. Usted paga un coseguro del 20%.
Servicios de ambulancia Ambulancia terrestre Ambulancia aérea	Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago.	Usted paga un coseguro del 20%. Usted paga un coseguro del 20%.

Primas y beneficios	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Transporte (rutina adicional)	Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje.	Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Medicamentos de quimioterapia Otros medicamentos de la Parte B	Usted paga \$0 de copago. Usted paga \$0 de copago.	Usted paga un coseguro del 20%. Usted paga un coseguro del 20%.
Atención médica en el hogar	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Cuidado de los pies (servicios de podología) Exámenes y tratamientos de los pies cubiertos por Medicare	Usted paga un copago de \$0 por exámenes y tratamientos de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.	Usted paga un coseguro del 20% por los exámenes y el tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y / o cumple con ciertas condiciones.
Servicios de telesalud: visita de atención primaria	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago.
Servicio de tratamiento de opioides	Usted paga \$0.	Usted paga un coseguro del 20%.

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.

Órdenes médicas y autorizaciones

No se requieren órdenes médicas de su prestador principal de servicios médicos para los servicios; sin embargo, muchos servicios requieren autorización previa. Para obtener detalles completos, consulte la *Evidencia de cobertura*, disponible en nuestro sitio web en firstcare.com/dualsnp antes del 15 de octubre de 2020.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios		
Deducible	Usted paga de \$0 - \$92 dependiendo de su subsidio por bajos ingresos. Si su deducible es \$0: Esta etapa de pago no se aplica a usted. Si no recibe Ayuda adicional, su deducible es de \$445. Usted paga el costo total de todos sus medicamentos hasta que haya pagado \$445.	
Cobertura inicial (Después de pagar su deducible, si aplica)	Usted permanece en esta etapa hasta que el costo anual de sus medicamentos totalice \$4,130. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados por usted y su plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de pedidos por correo. Los gastos pueden variar según el tipo o el estado de la farmacia (por ejemplo, pedidos por correo, atención médica a largo plazo (LTC, en inglés) o infusiones en el hogar, y suministros para 30 o 90 días).	
	Suministro minorista estándar de 30 días	Pedido por correo de 90 días
Genérico - incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos	Usted paga: copago de \$0 o copago de \$1.30 o \$3.70 de copago o un coseguro del 15%. O si no tiene “Ayuda adicional”, paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.	Usted paga: copago de \$0 o copago de \$1.30 o \$3.70 de copago o un coseguro del 15%. O si no tiene “Ayuda adicional”, paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.
Todos los otros medicamentos	Usted paga: copago de \$0 o \$4 de copago o \$9.20 de copago o un coseguro del 15%. O si no tiene “Ayuda adicional”, paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.	Usted paga: copago de \$0 o \$4 de copago o \$9.20 de copago o un coseguro del 15%. O si no tiene “Ayuda adicional”, paga lo siguiente: 25% del costo del medicamento.
Costos compartidos	El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y cuando ingrese a una nueva fase del Beneficio de la Parte D. Mire el inserto separado, la "Cláusula adicional LIS", para ver el monto de su deducible.	

Información sobre su beneficio de recetas

Lo alentamos a que nos informe de inmediato, si después de convertirse en miembro tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con sus beneficios de medicamentos recetados. Para asistencia, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-229-4969, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días; 1 de abril - 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Los gastos compartidos pueden cambiar según la farmacia que elija y cuando ingrese a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre los gastos compartidos adicionales específicos de la farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra *Evidencia de cobertura* en línea.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

A continuación, se muestra una comparación entre los beneficios de Medicaid y los beneficios de FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP).

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Servicios de ambulancia (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Medicaid paga este servicio, si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0.	20% de coseguro.
Dispositivos de comunicación de asistencia (También conocido como sistema de dispositivo de comunicación aumentativa (ACD))	Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio, si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.	Sin cobertura.
Medición de masa ósea (Para personas con Medicare que están en riesgo)	El examen de densidad ósea es un beneficio de Texas Medicaid. Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga por este servicio, si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0.	Copago de \$0.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Rehabilitación cardíaca	Medicaid paga este servicio, si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón): Copago de \$0. Visita de terapia ocupacional: Copago de \$0. Fisioterapia y visita de terapia del habla y el lenguaje: Copago de \$0.	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón): 20% de coseguro. Visita de terapia ocupacional: 20% de coseguro. Fisioterapia y visita de terapia del habla y el lenguaje: 20% de coseguro.
Servicios quiropáticos	El tratamiento quiropático manipulador (CMT) realizado por un quiropático con licencia de la Junta de Examinadores Quiropáticos del Estado de Texas es un beneficio de Texas Medicaid. Medicaid paga este servicio, si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Manipulación de la columna para corregir una subluxación: \$0 copago.	Manipulación de la columna para corregir una subluxación: 20% de coseguro.
Exámenes de detección colorrectal (Para personas de 50 años y mayores)	Medicaid paga este servicio, si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0.	Copago de \$0.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Servicios dentales (Para personas que tienen 20 años o menos; o 21 años o más en un ICF-MR)	Para los miembros que cumplen con los criterios, Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0. Una visita de rutina por año, que incluye un examen bucal, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías dentales).	Copago de \$0. Una visita de rutina por año, que incluye un examen bucal, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías dentales).
Suministros para la diabetes (Incluye cobertura para tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección)	Medicaid paga este servicio, si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Suministros para el control de la diabetes: Copago de \$0. Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 copago. Calzado terapéutico o plantillas: Copago de \$0.	Suministros para el control de la diabetes: 20% de coseguro. Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 copago. Calzado terapéutico o plantillas: 20% de coseguro.
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	Medicaid paga por este servicio, si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Pruebas y procedimientos de diagnóstico: Copago de \$0. Servicios de laboratorio: copago de \$0. Radiografías para pacientes ambulatorios: copago de \$0. Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer): copago de \$0.	Pruebas y procedimientos de diagnóstico: 20% de coseguro. Servicios de laboratorio: 20% de coseguro. Radiografías para pacientes ambulatorios: 20% de coseguro. Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer): coseguro del 20%.
Elección de médico y hospital	Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del médico y el hospital.	Debe utilizar proveedores de la red.	Debe utilizar proveedores de la red.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Visitas al consultorio médico	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Visita al médico de atención primaria: Copago de \$0. Visita de especialista: Copago de \$0.	Visita al médico de atención primaria: Copago de \$0. Visita de especialista: 20% de coseguro.
Equipo médico duradero (Incluye sillas de ruedas, oxígeno)	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0.	20% de coseguro.
Atención de emergencia (Cualquier visita a la sala de emergencias si el miembro cree razonablemente que necesita atención de emergencia)	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0. No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de los 3 días por la misma afección.	20% de coseguro hasta \$90. No se aplica el copago si ingresa en un hospital dentro de los 3 días por la misma afección.
Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0.	20% de coseguro
Educación sobre salud / bienestar (Asesoramiento nutricional para niños, abandono del hábito de fumar para mujeres embarazadas y examen anual para adultos)	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0.	Copago de \$0.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Servicios auditivos	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: Copago de \$0. Copago de \$0 por examen de audición de rutina. Subsidio de \$600 para la compra de audífonos cada dos años.	Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: 20% de coseguro. Copago de \$0 por examen de audición de rutina. Subsidio de \$600 para la compra de audífonos cada dos años.
Atención médica en el hogar (Incluye atención de enfermería especializada intermitente médicamente necesaria, servicios de asistente de salud en el hogar, servicios de enfermería privada y servicios de cuidado personal)	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0.	Copago de \$0.
Atención en un centro de cuidados paliativos	Medicaid paga este servicio para ciertos miembros de la exención si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid. Nota: Cuando los clientes adultos eligen servicios de hospicio, renuncian a sus derechos a todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. Ellos no renuncian a sus derechos a Servicios de Medicaid no relacionados a su terminal.	Atención de hospicio en un hospicio certificado por Medicare: copago de \$0. Usted puede tener que pagar parte del costo de los medicamentos y el cuidado de relevo.	Atención de hospicio en un hospicio certificado por Medicare: copago de \$0. Usted puede tener que pagar parte del costo de los medicamentos y el cuidado de relevo.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Inmunizaciones	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Para las vacunas contra la gripe, la neumonía y la hepatitis B: copago de \$0.	Para las vacunas contra la gripe, la neumonía y la hepatitis B: copago de \$0.
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Las hospitalizaciones de pacientes son un beneficio con cobertura. Medicaid paga coseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Los copagos para los beneficios hospitalarios se basan en los períodos de beneficios de costo compartido definidos por Medicare. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o SNF después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan cubre 90 días para una internación en el hospital.	Los copagos para los beneficios hospitalarios se basan en los períodos de beneficios y costos compartidos definidos por Medicare. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o SNF después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan cubre 90 días para una internación en el hospital.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Servicios hospitalarios para pacientes internados (continuación)		Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Cubrimos estos días "adicionales". Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días.	Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Cubrimos estos días "adicionales". Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días.
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Las estadías en un hospital psiquiátrico para pacientes internados están cubiertas para niños y adultos de 65 años o más. Las estadías en el hospital para pacientes hospitalizados para tratamiento psiquiátrico agudo son un beneficio cubierto para adultos de 21 a 64 años de edad, aunque las MCO de Medicaid pueden optar por cubrir estancias en centros psiquiátricos en lugar de hospitales de cuidados agudos. Medicaid paga coseguro, copagos y deducibles por los servicios cubiertos por Medicare. Los miembros deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital.	Visita de paciente hospitalizado: Los copagos por servicios hospitalarios y especializados beneficios de un centro de enfermería (SNF) son establecidos sobre el costo compartido definido por Medicare y los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o SNF después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios.	Visita de paciente hospitalizado: El 20% de coseguro para servicios hospitalarios y los beneficios de un centro de enfermería (SNF) son establecidos sobre el costo compartido definido por Medicare y los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o SNF después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados (continuación)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan cubre 90 días para una internación en el hospital. Nuestro plan también cubre 60 "Días de reserva vitalicia". Cubrimos estos días "adicionales". Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados brindados en un hospital general.	No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan cubre 90 días para una internación en el hospital. Nuestro plan también cubre 60 "Días de reserva vitalicia". Cubrimos estos días "adicionales". Si su estadía en el hospital es superior a 90 días, puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya agotado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados brindados en un hospital general.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Mamografías (Examen de detección anual)	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0.	Copago de \$0.
Prima mensual	La asistencia de Medicaid con el pago de la prima puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.	\$0 por mes, dependiendo de su nivel de subsidio por bajos ingresos Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague un tercero, como Medicaid.	\$0 -\$22.50 por mes, dependiendo de su nivel de subsidio por bajos ingresos Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague un tercero, como Medicaid.
Dispositivos ortopédicos y protésicos	Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años (CCP), Medicaid paga por 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. Medicare no las cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Dispositivos protésicos: \$0 copago. Suministros de equipos médicos duraderos relacionados: copago de \$0.	Dispositivos protésicos: 20% de coseguro. Suministros de equipos médicos duraderos relacionados: 20% de coseguro.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Terapia de grupo para pacientes ambulatorios visitar: Copago de \$0. Visita de terapia individual ambulatoria: \$0 de copago.	Terapia de grupo para pacientes ambulatorios visitar: 20% de coseguro. Visita de terapia individual ambulatoria: 20% de coseguro.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Para los miembros desde el nacimiento hasta los 20 años, Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón): Copago de \$0. Visita de terapia ocupacional: Copago de \$0. Fisioterapia y visita de terapia del habla y el lenguaje: Copago de \$0.	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón): 20% de coseguro. Visita de terapia ocupacional: 20% de coseguro. Fisioterapia y visita de terapia del habla y el lenguaje: 20% de coseguro.
Servicios / Cirugía para pacientes ambulatorios	Medicaid paga ciertos servicios quirúrgicos si Medicare no los cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Centro quirúrgico ambulatorio: Copago de \$0. Hospital para pacientes ambulatorios: \$0 de copago.	Centro quirúrgico ambulatorio: 20% de coseguro. Hospital para pacientes ambulatorios: 20% de coseguro.
Trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios (Evaluación, tratamiento / desintoxicación ambulatorios y terapia de asistencia con medicamentos (MAT))	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Visita de terapia grupal: \$0 de copago. Visita de terapia individual: \$0 de copago.	Visita de terapia grupal: 20% de coseguro. Visita de terapia individual: 20% de coseguro.
Papanicolaou y exámenes pélvicos (Para mujeres)	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0.	Copago de \$0.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Servicios de podiatría (Cuidado de los pies)	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Exámenes de los pies y tratamiento si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y / o cumple con ciertas condiciones: Copago de \$0.	Exámenes de los pies y tratamiento si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y / o cumple con ciertas condiciones: 20% de coseguro.
Medicamentos recetados	Copago de \$0 por medicamentos recetados cubiertos por Medicaid que no están cubiertos por la Parte D de Medicare. Nota: Medicaid no cubrirá ningún medicamento de la Parte D de Medicare.	Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: copago de \$0. Otros medicamentos de la Parte B: copago de \$0. Dependiendo de sus ingresos y estado institucional, usted paga lo siguiente: Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): • Copago de \$0; o • Copago de \$1.30; o • Copago de \$3.70; o • un coseguro del 15%. Para todos los demás fármacos, ya sea: • Copago de \$0; o • Copago de \$4; o • Copago de \$9.20; o • un coseguro del 15%.	Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: 20% de coseguro. Otros medicamentos de la Parte B: 20% de coseguro. Dependiendo de sus ingresos y estado institucional, usted paga lo siguiente: Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): • Copago de \$0; o • Copago de \$1.30; o • Copago de \$3.70; o • un coseguro del 15%. Para todos los demás fármacos, ya sea: • Copago de \$0; o • Copago de \$4; o • Copago de \$9.20; o • un coseguro del 15%.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Medicamentos con receta (continuación)		NOTA: Algunos medicamentos pueden tener limitaciones, como terapia escalonada, límites de nivel de cantidad o requisitos de autorización previa. Consulte nuestro formulario para obtener más detalles. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de pedidos por correo. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Después de sus costos anuales de desembolso personal en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$6,550, usted no paga nada por todos los medicamentos.	NOTA: Algunos medicamentos pueden tener limitaciones, como terapia escalonada, límites de nivel de cantidad o requisitos de autorización previa. Consulte nuestro formulario para obtener más detalles. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias de pedidos por correo. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Después de sus costos anuales de desembolso personal en medicamentos (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$6,550, usted no paga nada por todos los medicamentos.
Exámenes de detección de cáncer de próstata	La atención administrada de Medicaid paga por este servicio, si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0.	Copago de \$0.

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Centro de enfermería especializada (SNF) (En un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0. Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.	Días 1-20: \$0 de copago. Días 21-100: copago de \$176. Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.
Servicios de telemedicina	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Se cubren ciertos tipos de visitas de telemedicina.	Se cubren ciertos tipos de visitas de telemedicina.
Transporte (Rutina)	El programa de transporte médico de Medicaid (MTP) proporciona transporte que no sea de emergencia, si no está cubierto por Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje.	Usted paga \$0 de copago por hasta 24 viajes de ida por año, o 12 viajes de ida y vuelta de hasta 50 millas por viaje.
Atención de urgencia (Esta NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio)	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando se agota el beneficio de Medicare. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0.	20% de coseguro hasta \$65

Categoría de beneficio	Medicaid de Texas	FirstCare Advantage Dual SNP Premier (HMO SNP)	FirstCare Advantage Dual SNP Select (HMO SNP)
Servicios de la vista	Medicaid paga este servicio si Medicare no lo cubre o cuando el beneficio de Medicare está agotado. Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid. Nota: Los servicios de un óptico se limitan a la colocación y distribución de anteojos y lentes de contacto necesarios por razones médicas.	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la prueba de detección anual de glaucoma): \$0 de copago. Examen de la vista de rutina (hasta 1 cada año): copago de \$0. Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: copago de \$0. Nuestro plan paga hasta \$75 todos los años para anteojos.	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluida la detección anual de glaucoma): 20% de coseguro. Examen de la vista de rutina (hasta 1 cada año): copago de \$0. Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: 20% de coseguro. Nuestro plan paga hasta \$75 todos los años para anteojos.

Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad

Aquellos que cumplen con los requisitos de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) y también cumplen con los criterios financieros para la cobertura completa de Medicaid, pueden ser elegibles para recibir todos los servicios de Medicaid que no cubre Medicare, incluidos los servicios de exención de Medicaid. Los servicios de exención se limitan a las personas que cumplen con los criterios de elegibilidad de exención de Medicaid adicionales.

Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad	
Exención de alternativas basadas en la comunidad (CBA)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el Departamento de Servicios para Personas Mayores y Discapacitados (DADS) al 1-855-937-2372 (TTY: 711) o https://hhs.texas.gov/services/aging . Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas Código de correo W358 PO Box 149030 Austin, Texas 78714-9030
Exención de Servicios de apoyo y asistencia para la vida comunitaria (CLASS)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el DADS.
Programa de exención consolidado (CWP) (Condado de Bexar / San Antonio solamente)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el DADS.
Exención para personas sordas y ciegas con discapacidades múltiples (DB-MD)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el DADS.
Exención de Servicios para el Hogar y la Comunidad (HCS)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el DADS.
Programa para niños médicamente dependientes (MDCP)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el DADS.
Programa STAR + PLUS (Opera bajo la exención del Programa para la mejora de la calidad y la transformación en la atención médica de Texas)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el DADS.
Exención de servicios de exención basados en el hogar (TxHmL)	Para obtener información sobre los servicios de exención y la elegibilidad para esta exención, comuníquese con el DADS.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Servicio al Cliente al 1-866-229-4969 (TTY: 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días; 1 de abril - 30 de septiembre, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

Comprenda los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que se encuentran en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para aquellos servicios por los que habitualmente consulta a un médico. Visite firstcare.com/dualsnp o llame al 1-866-229-4969 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el Directorio de prestadores de servicios médicos (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora sean de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado está en la red. Si la farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para surtir sus prescripciones.

Comprenda las reglas importantes

- ☐ Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que un tercero, como Medicaid, la pague de otro modo. Esta prima normalmente es deducida de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y / o los copagos / coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.
- ☐ Excepto en situaciones de atención médica de emergencia o inmediata, no incluimos en la cobertura los servicios de prestadores de servicios médicos fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de prestadores de servicios médicos).
- ☐ Este plan es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.



FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan de salud con un contrato de Medicare y con un contrato con el programa de Medicaid de Texas. La inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de tratar a los miembros de FirstCare Advantage Dual SNP, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a nuestros servicios fuera de la red.

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague un tercero.

Otras farmacias, médicos y proveedores están disponibles en nuestra red.

Alcance del Formulario de Confirmación de la Cita de Ventas

Para ser completado por persona con Medicare.

Coloque sus iniciales en el cuadro al lado del tipo de plan que desea que el agente analice con usted. Si no desea que el agente analice un tipo de plan con usted, deje el cuadro vacío. (Tenga en cuenta que el agente también puede analizar una póliza complementaria de Medicare con usted).

☐ Planes Independientes de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D)

Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (PDP, por sus siglas en inglés): plan independiente de medicamentos que agrega cobertura de medicamentos recetados al Plan Original de Medicare, algunos Planes de Costo de Medicare, algunos Planes de Cuota Privada de Medicare y Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare.

☐ Medicare Advantage (Parte C), Planes de Medicamentos

Recetados de Medicare Advantage y otros Planes de Medicare

Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) de Medicare: Plan Medicare Advantage que debe cubrir toda la atención médica de la Parte A y la Parte B. En la mayoría de las organizaciones de mantenimiento de la salud, usted solo puede acudir a médicos, especialistas u hospitales dentro de la red del plan, excepto en caso de emergencia.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Medicare: tipo de Plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional, en el que usted paga menos si usa médicos, hospitales y proveedores que pertenecen a la red. Puede usar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Plan Privado de Tarifa por Servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) de Medicare: tipo de Plan Medicare Advantage en el que usted puede ir a cualquier médico u hospital aprobado por Medicare que acepte el pago y los términos y las condiciones del plan.

Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de Medicare: tipo especial de Plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada y especializada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, que residen en una casa de reposo o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA, por sus siglas en inglés) de Medicare: los planes de cuenta de ahorros médicos combinan un plan Medicare Advantage de deducible alto y una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta que se alcance su deducible.

Plan de Costo de Medicare: tipo de plan médico. En un Plan de Costo de Medicare, si usted obtiene servicios fuera de la red del plan sin una remisión, sus servicios cubiertos por Medicare se pagarán según el Plan Original de Medicare (su Plan de Costo paga los servicios de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia).

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan médico con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Texas. La inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Al firmar este documento, acepta tener una reunión de ventas con un agente para analizar los tipos específicos de productos en los que incluyó sus iniciales anteriormente. La persona que discutirá las opciones del plan con usted es empleada o contratada por un plan médico o un plan de medicamentos recetados de Medicare que no es el gobierno federal, y puede recibir una compensación en función de su inscripción en un plan.

Firmar este documento: 1) NO afecta su estado actual/futuro de inscripción a Medicare; 2) NO lo obliga a inscribirse; y 3) NO lo inscribirá automáticamente en un Plan Medicare Advantage, un Plan de Medicamentos Recetados u otro plan de Medicare.

Firma del Beneficiario: _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Vínculo con el beneficiario: _____

Para ser completado por el Agente:

Nombre del Agente:	Teléfono del Agente:
Nombre del Beneficiario:	Teléfono del Beneficiario:
Dirección del Beneficiario:	
Método Inicial de Contacto: (Indique aquí si el beneficiario llegó de forma espontánea).	
Fecha de la Cita:	Tipos de Productos Analizados:
Firma del Agente:	
[Solo para Uso del Plan:]	

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Experience number at 1-866-229-4969 for additional information.

Esta información se encuentra disponible en otros idiomas. Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente al 1-866-229-4969 para obtener más información.



Advantage Dual SNP (HMO SNP)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN ADVANTAGE DUAL SNP DE MEDICARE

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, usted debe cumplir con lo siguiente:

- Ser un ciudadano estadounidense o tener presencia legal en EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, también debe tener ambas partes:

- La Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- La Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiarlo. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no haberlos completado.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir que los pagos de la prima se descuenten de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

FirstCare Health Plans
Attention: Enrollment Department
12940 N. Hwy 183
Austin, TX 78750

Una vez que se procese su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a FirstCare Health Plans al 1-866-229-4969. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: llame a FirstCare Health Plans al 1-866-229-4969/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

**Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que estén marcados como opcionales)**

Elija el plan al que quiere unirse:

☐ FirstCare Advantage Dual SNP Premier **\$0-22.50**

☐ FirstCare Advantage Dual SNP Select **\$0-22.50**

PRIMER nombre:

APELLIDO:

Opcional: inicial del 2.º nombre:

Fecha de nacimiento: (M M / D D / A A A A)
(_ _ / _ _ / _ _ _ _)

Sexo:

☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono:
(_ _ _) _ _ _ _

Dirección de domicilio permanente (no escriba un apartado postal):

Ciudad:

Opcional: Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se acepta apartado postal).

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Información de Medicare:

Número de Medicare:

_ _ _ - _ _ _ - _ _ _

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de FirstCare HealthPlans Advantage DSNP? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esa cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid: _____

Para calificar para FirstCare Advantage Dual SNP, usted debe tener tanto Medicare como Medicaid o el Programa de Ahorros de Medicare.

Se nos requiere confirmar su elegibilidad de Medicare Advantage y elegibilidad de Medicaid antes de que podamos procesar su inscripción en nuestro plan D-SNP. Solo las personas que se benefician tanto de Medicare (título XVIII) como de la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX) pueden inscribirse en un plan D-SNP. La prueba aceptable de elegibilidad para Medicaid puede ser una tarjeta de Medicaid actual, una carta de la agencia estatal que confirma el derecho a la Asistencia Médica o la verificación a través de una consulta al sistema de datos de elegibilidad del estado.

Nombre: _____

Fecha: _____

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en FirstCare Advantage Dual SNP.
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que FirstCare Advantage Dual SNP compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente doy información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de FirstCare Advantage Dual SNP, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de FirstCare Advantage Dual SNP. Estarán cubiertos los beneficios y servicios que presta FirstCare Advantage Dual SNP y los incluidos en la "Evidencia de cobertura" de FirstCare Advantage Dual SNP (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni FirstCare Advantage Dual SNP pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta. Si firma un representante autorizado (como se explica arriba), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Dicha persona está autorizada conforme a las leyes del estado para completar esta inscripción.
 - 2) Toda documentación de esta autorización está disponible a solicitud por parte de Medicare.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

Nombre: _____ Fecha: _____

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura por no haberlas completado.

Marque un casillero si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

☐ Español

Marque un casillero si desea que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Letra grande

Comuníquese con FirstCare Health Plans al 1-866-229-4969 si necesita información en un formato accesible que no se mencionó arriba. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Escriba el nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Cómo pagar las primas de su plan (si corresponde)

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que actualmente tenga o pueda deber)

☐ Por correo; recibe una factura mensual.

☐ Por transferencia electrónica de fondos (TEF) desde su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta del banco: _____ Número de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: ☐ De cheques ☐ De ahorro

También puede elegir pagar su prima haciendo que se deduzca automáticamente de su beneficio

☐ del Seguro Social o ☐ de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) todos los meses.

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual acorde con su ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto adicional además de la prima de su plan. Por lo general, la cantidad se descuenta de su beneficio del Seguro Social, o usted podría recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague a FirstCare Health Plans el IRMAA de la Parte D.

Office Use Only:

Agent Name: _____ NPN: _____

Agent Signature: _____ Date: _____

Enrollment Period: ☐ IEP ☐ AEP ☐ SEP (type): _____ ☐ Not Eligible

Effective Date of Coverage: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para el seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), para la mejora de la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripciones de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage con medicamentos con receta (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Normalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y marque el casillero si se aplica a usted. Al marcar cualquiera de los siguientes casilleros, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Recientemente me he mudado fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me he mudado, y este plan es una nueva opción para mí. Me he mudado el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente salí de prisión. Fui liberado el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente he regresado a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve un estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (adquirí Medicaid recientemente, hubo un cambio en el nivel de la asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente hubo un cambio en la situación de mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (adquirí recientemente Ayuda Adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no hubo ningún cambio.
- ☐ Me voy a mudar a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno de estos centros o recientemente me mudé de uno (por ejemplo, un centro de enfermería o un centro de atención a largo plazo). Me mudé o me mudaré al/del centro el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente he abandonado un programa PACE el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Recientemente y de forma involuntaria he perdido mi cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). He perdido mi cobertura para medicamentos el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.
- ☐ Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- ☐ Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir uno diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Estuve inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para dicho plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (escriba la fecha) _____.
- ☐ Me afectó una emergencia relacionada con el clima o un desastre importante (tal como lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Uno de los demás enunciados que figuran aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted, o si no está seguro, póngase en contacto con FirstCare Health Plans al 1-866-229-4969 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si es elegible para inscribirse. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede comunicarse con nosotros de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

2021 Star Ratings

FirstCare Advantage - H5742

Calificaciones por estrellas Medicare 2021

El Programa Medicare evalúa anualmente los planes por un sistema de calificaciones con 5 estrellas. La calificación por estrellas de Medicare le ayuda a saber cómo se desempeña nuestro plan de salud. Usted puede utilizar estas calificaciones por estrellas para comparar el rendimiento de nuestro plan con los demás planes. Los dos tipos principales de calificaciones por estrellas son los siguientes:

1. Una calificación general por estrellas que combina los puntajes de nuestro plan.
2. Una calificación resumida por estrellas que se concentra en nuestros servicios médicos ó de medicamentos recetados.

Algunas de las áreas que el Programa Medicare analiza para estas calificaciones incluyen:

- Cómo nuestros miembros evalúan los servicios del plan de salud y de atención médica;
- Qué tan bien nuestros médicos detectan enfermedades y mantiene a nuestros miembros saludables;
- Qué tan bueno es nuestro plan en ayudar a los miembros a utilizar medicamentos recetados recomendados y seguros.

Para el año 2021, FirstCare Advantage recibió la siguiente calificación general por estrellas de Medicare.

El plan es demasiado nuevo como para ser evaluado

Recibimos la siguiente calificación resumida por estrellas para los servicios de salud ó de medicamentos de FirstCare Advantage

Servicios de Planes
de Salud:

El plan es demasiado nuevo como para ser evaluado

Servicios de Planes
de Medicamentos:

El plan es demasiado nuevo como para ser evaluado

El número de estrellas muestra que tan bien se
desempeña nuestro plan.

★★★★★	5 estrellas - excelente
★★★★	4 estrellas - por encima del promedio
★★★	3 estrellas - promedio
★★	2 estrellas - por debajo del promedio
★	1 estrella - malo

*Algunos planes no tienen la suficiente información para calificar el rendimiento del plan.

Conozca más sobre nuestro plan y cómo somos distintos a otros planes de salud, visitando el sitio web www.medicare.gov.

Usted nos puede contactar de 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central al 866-229-4969 (libre de cargo) ó al 711 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es de 1 abril al 30 septiembre lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora Central. Miembros actuales por favor llamar al 866-229-4969 (libre de cargo) ó al 711 (teléfono de texto).

Las calificaciones por estrellas están basadas en 5 estrellas. Las calificaciones por estrellas son evaluadas cada año y pueden cambiar de un año al otro.

FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan de salud con un contrato de Medicare y con un contrato del programa de Medicaid de Texas. La inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Nuestra misión como parte de la familia de Baylor Scott & White Health.

Baylor Scott & White Health, fundada como un ministerio cristiano de curación hace más de 100 años, promueve el bienestar de todas las personas, las familias y las comunidades.

¡Obtenga más información hoy!

FirstCare.com/DualSNP



FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) es un plan de salud con un contrato de Medicare y con un contrato con el programa de Medicaid de Texas. La inscripción en FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de tratar a los miembros de FirstCare Advantage Dual SNP, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a nuestros servicios fuera de la red.

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague un tercero.

Otras farmacias, médicos y proveedores están disponibles en nuestra red.