



## 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 de servicio al cliente al 1-855-521-0628 gratuito (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-833-312-0046), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

### Comprender los beneficios

- La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios en los que consulta a un médico de forma rutinaria. Visite [TX.AmHealthPlans.com](http://TX.AmHealthPlans.com) o llame gratis al 1-855-521-0628 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no aparecen 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 con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Comprender las reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Este plan es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted, durante 90 días o más, ha tenido o se espera que necesite el nivel de servicios proporcionados en un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (ICF/IDD), un hospital o unidad psiquiátrica, un hospital o unidad de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital con camas móviles o un centro aprobado por CMS que brinde servicios similares.