

**1 de enero – 31 de diciembre de 2026**

## **Evidencia de cobertura para 2026:**

### **beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de Prominence Veteran HMO en Nevada.**

Este documento detalla su cobertura médica de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **Es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Úselo para comprender:

- Nuestra prima del plan y costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos
- Cómo presentar una reclamación si no estás satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

**Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.**

Este plan, Prominence Veteran HMO, es ofrecido por Prominence Health Plan. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* menciona "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Prominence Health Plan. Cuando menciona "plan" o "nuestro plan", se refiere a Prominence Veteran HMO).

Este documento está disponible gratuitamente en español. También puede recibirlo en braille, letra grande o CD de audio .

Los beneficios, primas, deducibles y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestra red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario . Recibirá información sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

**Tabla de contenido****Tabla de contenido**

<b>CAPÍTULO 1: Comienza como miembro .....</b>	<b>4</b>
SECCIÓN 1    Usted es miembro de <i>Prominence Veteran HMO</i> .....	4
SECCIÓN 2    Requisitos de elegibilidad del plan .....	5
SECCIÓN 3    Materiales importantes para la membresía .....	6
SECCIÓN 4    Resumen de costos importantes para 2026 .....	7
SECCIÓN 5    Más información sobre la prima mensual de su plan .....	11
SECCIÓN 6    Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan .....	11
SECCIÓN 7    Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan .....	12
<b>CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos .....</b>	<b>14</b>
SECCIÓN 1    Contactos .....	14
SECCIÓN 2    Obtenga ayuda de Medicare .....	17
SECCIÓN 3    Programa Estatal de Asistencia del Seguro Médico (SHIP) .....	18
SECCIÓN 4    Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) .....	19
SECCIÓN 5    Seguridad Social .....	20
SECCIÓN 6    Medicaid .....	21
SECCIÓN 8    Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB) .....	22
SECCIÓN 9    Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador .....	22
<b>CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos .....</b>	<b>23</b>
SECCIÓN 1    Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan .....	23
SECCIÓN 2    Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica .....	25
SECCIÓN 3    Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención .....	29
SECCIÓN 4    ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos? .....	32
SECCIÓN 5    Servicios médicos en un estudio de investigación clínica .....	32
SECCIÓN 6    Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención médica no médica .....	35
SECCIÓN 7    Normas de propiedad de equipo médico duradero .....	36
<b>CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga) .....</b>	<b>38</b>
SECCIÓN 1    Entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos .....	38
SECCIÓN 2    El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios y costos médicos .....	40

**Tabla de contenido**

SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) .....	83
<b>CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos .....</b>		
<b>87</b>		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por los servicios cubiertos .....	87
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió .....	89
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no .....	89
<b>CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades .....</b>		
<b>91</b>		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales .....	91
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan .....	96
<b>CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .....</b>		
<b>98</b>		
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene un problema o inquietud .....	98
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada .....	99
SECCIÓN 3	¿Qué proceso utilizar para su problema .....	99
SECCIÓN 4	Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones .....	100
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....	103
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto .....	112
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto .....	117
SECCIÓN 8	Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5 .....	122
SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes .....	123
<b>CAPÍTULO 8: Fin de la membresía en nuestro plan .....</b>		
<b>127</b>		
SECCIÓN 1	Finalización de su membresía en nuestro plan .....	127
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? .....	127
SECCIÓN 3	Cómo finalizar su membresía en nuestro plan .....	129
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan .....	130
SECCIÓN 5	<i>Prominence Veteran HMO</i> debe finalizar nuestra membresía del plan en determinadas situaciones .....	130

**Tabla de contenido**

---

<b>CAPÍTULO 9: Avisos legales .....</b>	<b>133</b>
SECCIÓN 1    Aviso sobre la ley aplicable .....	133
SECCIÓN 2    Aviso sobre no discriminación .....	133
SECCIÓN 3    Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare .....	135
<b>CAPÍTULO 10: Definiciones .....</b>	<b>136</b>

# CAPÍTULO 1:

## Comienza como miembro

### **SECCIÓN 1    Usted es miembro de *Prominence Veteran HMO***

---

#### **Sección 1.1    Está inscrito en *Prominence Veteran HMO* , que es una HMO de Medicare**

Tiene cobertura de Medicare y eligió obtenerla a través de nuestro plan, *Prominence Veteran HMO* . Nuestro plan cubre todos los servicios de las Partes A y B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

*Prominence Veteran HMO* es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) Aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada . *Prominence Veteran HMO* *no* incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D.

#### **Sección 1.2    Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura***

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *Prominence Veteran HMO* cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y cualquier notificación que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afecten. Estas notificaciones a veces se denominan *jinetes* o *enmiendas* .

El contrato estará vigente durante los meses que esté inscrito en *Prominence Veteran HMO* entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en Los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de *Prominence Veteran HMO* después del 31 de diciembre de 2026. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *Prominence Veteran HMO* cada año. Puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve su aprobación.

**Capítulo 1 Comience como miembro**

---

**SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan**

---

**Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad**

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

- Tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Personas encarceladas No se considera que vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente ubicados en ella.
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos.

**Sección 2.2 Área de servicio del plan para *Prominence Veteran HMO***

*El plan Prominence Veteran HMO* solo está disponible para quienes residen en el área de servicio de nuestro plan . Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Nevada: Carson City, Churchill, Douglas, Lyon y Storey y Washoe.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para consultar si tenemos un plan en su nueva área. Al mudarse, tendrá un Período de Inscripción Especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

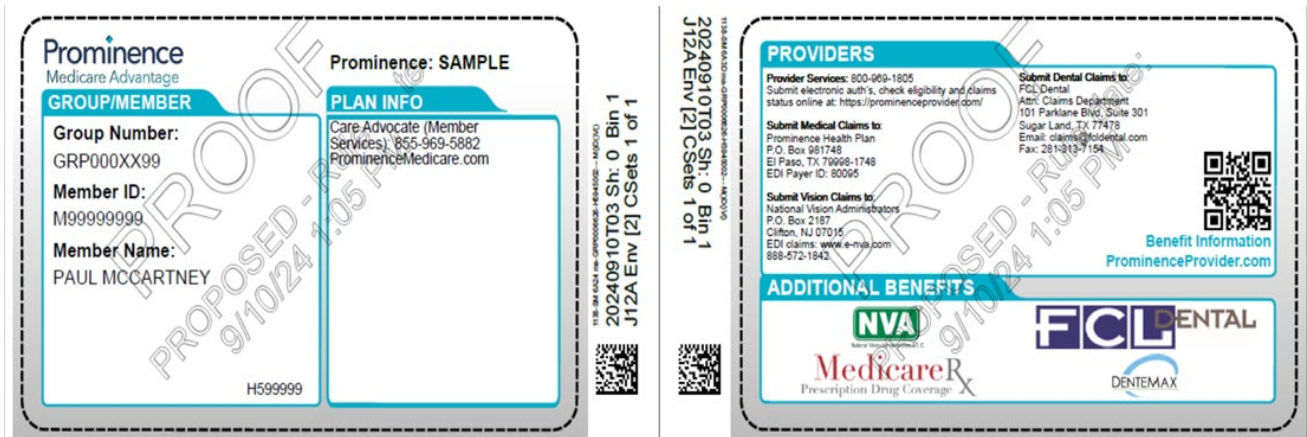
Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante llamar al Seguro Social. Llame al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

**Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o presencia legal**

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a *Prominence Veteran HMO* si no cumple con los requisitos para seguir siendo miembro de nuestro plan. *Prominence Veteran HMO* debe cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

**Capítulo 1 Comience como miembro****SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros****Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan**

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan . También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si la tiene. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de *Prominence Veteran HMO* , podría tener que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Podrían pedirle que la muestre si necesita servicios hospitalarios, cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

**Sección 3.2 Proveedor**

El *Directorio de Proveedores* en [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com) incluye los proveedores de nuestra red actual . **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos . Si acude a otro proveedor sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que es irrazonable o imposible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis

**Capítulo 1 Comience como miembro**

fuera del área y casos en los que *Prominence Veteran HMO* autorice el uso de proveedores fuera de la red .

Si no tiene un *Directorio de proveedores* , puede solicitar una copia (en forma electrónica o en papel) a Servicios para Miembros llamando al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) . Los directorios de proveedores en papel solicitados se le enviarán por correo dentro de los 3 días hábiles.

**SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026**

	Sus costos en 2026
<b>Prima del plan mensual*</b> Vaya a la Sección 4.1 para obtener más detalles.	\$0
<b>Monto máximo de desembolso personal</b> Esto es lo <u>más</u> Pagará de su bolsillo los servicios cubiertos de las Partes A y B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	\$6,500
<b>Visitas al consultorio de atención primaria</b>	\$0 por visita
<b>Visitas al consultorio de especialistas</b>	Copago de \$0 a \$45 por visita

**Capítulo 1 Comience como miembro**

	<b>Sus costos en 2026</b>
<b>Estancias hospitalarias para pacientes internados</b>	<p><b>Hospitales de nivel 1:</b> paga \$350 de copago por día para los días 1 a 6</p> <p><b>Usted paga \$0 de copago por día para los días 7 a 90.</b></p> <p><b>Hospitales de nivel 2:</b> usted paga un copago de \$425 por día para los días 1 a 6.</p> <p><b>Usted paga \$0 de copago por día para los días 7 a 90.</b></p>

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Parte D Multa por inscripción tardía (Sección 4.3)

**Sección 4.1 Prima del plan**

No paga una prima de plan mensual separada para *Prominence Veteran HMO*.

**Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare****A muchos miembros se les exige pagar otras primas de Medicare**

**Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.** Esto incluye la prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no cumple los requisitos para la Parte A sin prima.

**Reducción de la prima de la Parte B de Medicare: también conocida como Give Back.**

Mientras esté inscrito en este plan, *Prominence Health Plan* reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare en \$140.00. Esta reducción la establece Medicare y la administra la Administración del Seguro Social (SSA), y no tiene que completar ningún trámite para recibirla. Dependiendo de cómo pague su prima de la Parte B de Medicare, la reducción

## Capítulo 1 Comience como miembro

---

podría acreditarse en su cheque del Seguro Social o en su estado de cuenta de la prima de la Parte B de Medicare. La Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en procesarla. Esto significa que es posible que no vea el aumento en su cheque del Seguro Social durante varios meses después de la fecha de entrada en vigor de este plan. Cualquier aumento que no se haya registrado se añadirá a su próximo cheque una vez finalizado el procesamiento. Tenga en cuenta que si cancela su suscripción a este plan, su beneficio de la prima de la Parte B de Medicare finalizará en la fecha de cancelación. Como se mencionó anteriormente, la Administración del Seguro Social podría tardar varios meses en procesarla. Cualquier reducción de prima que reciba después de cancelar su suscripción se deducirá eventualmente de su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre este beneficio, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (solo para TTY: 711). Estamos disponibles para atenderle de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

### Sección 4.3 Multa por inscripción tardía

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía a la Parte D**. Esta multa es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, después de finalizar su período de inscripción inicial, no tuvo cobertura de medicamentos de la Parte D ni de otra cobertura válida para medicamentos durante 63 días consecutivos o más. La cobertura válida para medicamentos 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 multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin cobertura de medicamentos de la Parte D ni de otra cobertura válida para medicamentos. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Al inscribirse por primera vez en *Prominence Plus HMO*, le informaremos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

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

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Tenía cobertura de medicamentos válida a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es válida. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

## Capítulo 1 Comience como miembro

---

- **Nota:** Cualquier carta o notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como lo paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento para medicamentos no están disponibles. cobertura acreditable de medicamentos recetados.

**Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía a la Parte D.** Así es como funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados después de ser elegible para inscribirse por primera vez en la Parte D, nuestro plan contabilizará los meses completos que no tuvo cobertura. La penalización es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la penalización será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional por beneficiario) . Para 2026, esta prima promedio es de \$ 38.99 .
- Para calcular su multa mensual, Multiplique el porcentaje de penalización por la prima base nacional del beneficiario y redondee a la decena más cercana . En este ejemplo, sería 14% multiplicado por \$ 38.99 , lo que equivale a \$ 5.46 . Esto se redondea a \$ 5.50 . Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual del plan para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

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

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Continuará pagando una multa** cada mes mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Si tu estas *bajo* Si tiene 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía a la Parte D se restablecerá al cumplir 65 años . Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía a la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para la transición a Medicare.

**Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía a la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión.** Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que debe

## Capítulo 1 Comience como miembro

---

pagar la multa por inscripción tardía. Sin embargo, si ya pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa.

**Importante:** No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera la revisión de la decisión sobre su multa. Si lo hace, podría ser dado de baja por falta de pago de las primas de nuestro plan.

### **SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan**

---

#### **Sección 5.1 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año**

podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual cambia para el próximo año, se lo notificaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

### **SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan**

---

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura de su plan, incluyendo su médico de cabecera.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y sus montos de costos compartidos**. Por eso, es muy importante que nos ayudes a mantener tu información actualizada.

#### **Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:**

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si le admiten en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si la parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador) cambia

## Capítulo 1 Comience como miembro

---

- Si participa en un estudio de investigación clínica ( **Nota:** No está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

es importante contactar al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

## **SECCIÓN 7      Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**

---

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios** .

Una vez al año, le enviaremos una carta con cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) . Es posible que necesite dar nuestro número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal de su empleador), las reglas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero ("el pagador principal") paga hasta el límite de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar ("el pagador secundario") solo paga si la cobertura principal no cubre costos. Es posible que el pagador secundario no cubra los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico y al hospital.

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

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
  - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o un miembro de su familia) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el

**Capítulo 1 Comience como miembro**

---

empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.

- Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios del pulmón negro
- Compensación laboral

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

# CAPÍTULO 2:

## Números de teléfono y recursos

### SECCIÓN 1 Contactos de HMO para veteranos de Prominence

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de *Prominence Veteran HMO* al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto le atenderemos .

#### Servicios para miembros – Información de contacto

<b>Llamar</b>	<i>1-855-969-5882</i>  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.  El Servicio para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
<b>Teléfono de texto</b>	<i>711</i>  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.  Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.
<b>Fax</b>	<i>1-775-770-9004</i>
<b>Escribir</b>	<i>Plan de salud Prominence</i>  <i>1510 Meadow Wood Lane</i>  <i>Reno, NV 89502</i>
<b>Sitio web</b>	<a href="http://www.prominencemedicare.com">www.prominencemedicare.com</a>

Si sospecha de fraude, desperdicio o abuso, infórmelo a la línea directa de cumplimiento de Prominence al 1-800-852-3449

Cualquier persona que desee denunciar un incidente sospechoso puede permanecer en el anonimato.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

**Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto**

<b>Llamar</b>	<p>1-855-969-5882</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>El Servicio para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
<b>Teléfono de texto</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p>
<b>Fax</b>	1-775-770-9004
<b>Escribir</b>	<p><i>Plan de salud Prominence</i></p> <p><i>1510 Meadow Wood Lane</i></p> <p><i>Reno, NV 89502</i></p>
<b>Sitio web</b>	<a href="http://www.prominencemedicare.com">www.prominencemedicare.com</a>

**Cómo presentar una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores de nuestra red, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura ni pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****Quejas sobre atención médica: información de contacto**

<b>Llamar</b>	<p>1-855-969-5882</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>El Servicio para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.</p>
<b>Teléfono de texto</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p>
<b>Fax</b>	1-775-770-9004
<b>Escribir</b>	<p><i>Plan de salud Prominence</i></p> <p><i>1510 Meadow Wood Lane</i></p> <p><i>Reno, NV 89502</i></p>
<b>Sitio web de Medicare</b>	Para presentar una queja sobre <i>Prominence Veteran HMO</i> directamente a Medicare, visite <a href="http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a> .

**Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que recibí**

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

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de ella, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

**Solicitudes de pago – Información de contacto**

<b>Llamar</b>	<p>1-855-969-5882</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p>
---------------	--

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**

<b>Teléfono de texto</b>	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.
<b>Fax</b>	1-775-770-9004
<b>Escribir</b>	<i>Plan de salud Prominence</i> <i>1510 Meadow Wood Lane</i> <i>Reno, NV 89502</i>
<b>Sitio web</b>	<a href="http://www.prominencemedicare.com">www.prominencemedicare.com</a>

**SECCIÓN 2    Obtenga ayuda de Medicare**

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

La agencia federal responsable de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

**Medicare – Información de contacto**

<b>Llamar</b>	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
<b>Teléfono de texto</b>	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>Chat en vivo</b>	Chatee en vivo en <a href="http://www.Medicare.gov/talk-to-someone">www.Medicare.gov/talk-to-someone</a> .

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**

<b>Escribir</b>	Escriba a Medicare al apartado postal 1270, Lawrence, KS 66044
<b>Sitio web</b>	<p><a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan.</li> <li>• Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de atención médica.</li> <li>• Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones y visitas anuales de “bienestar”).</li> <li>• Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.</li> <li>• Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.</li> <li>• Busque sitios web y números de teléfono útiles.</li> </ul> <p>También puede visitar <a href="http://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a> para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre <i>Prominence Veteran HMO</i> .</p> <p><b>Para presentar una queja ante Medicare</b>, visite <a href="http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint">www.Medicare.gov/my/medicare-complaint</a> . Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.</p>

**SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia del Seguro Médico (SHIP)**

El Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. A continuación, se presenta una lista de los Programas Estatales de Asistencia para el Seguro Médico en cada estado donde prestamos servicios: En Nevada, el SHIP se denomina Servicios para la Vejez y la Discapacidad.

SHIP es un programa estatal independiente (no conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Los asesores de SHIP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**

Medicare. También pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, a comprender sus opciones de plan y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

**Servicios para el Envejecimiento y la Discapacidad (Nevada SHIP): Información de contacto**

<b>Llamar</b>	Programa de Asistencia de Medicare de Nevada 1-800-307-4444
<b>Teléfono de texto</b>	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
<b>Escribir</b>	Servicios para el Envejecimiento y la Discapacidad 1550 E College Parkway Carson City, NV 89706 Correo electrónico: <a href="mailto:adsd@adsd.nv.gov">adsd@adsd.nv.gov</a>
<b>Sitio web</b>	<a href="https://adsd.nv.gov/Programas/Personas_Mayores/Programa_de_Asistencia_Medicare_(MAP)/MAP_Prog/">https://adsd.nv.gov/Programas/Personas Mayores/Programa_de_Asistencia_Medicare_(MAP)/MAP_Prog/</a>

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

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. En *Nevada*, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama *Livanta*.

*Livanta* cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por Medicare para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para las personas con Medicare. *Livanta* es una organización independiente. No está vinculada a nuestro plan.

Comuníquese con *Livanta* en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención recibida. Algunos ejemplos de problemas de calidad de la atención incluyen la medicación incorrecta, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital terminará demasiado pronto.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**

- Piensa que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) está terminando demasiado pronto.

**Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de Nevada) - Información de contacto**

<b>Llamar</b>	1-877-588-1123  El horario de atención es de lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>Teléfono de texto</b>	1-855-887-6668  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
<b>Escribir</b>	Livanta, LLC  BFCC-QIO  Apartado postal 2687  Virginia Beach, VA 23450
<b>Sitio web</b>	<a href="https://www.livantaqio.com/es">https://www.livantaqio.com/es</a>

**SECCIÓN 5 Seguridad Social**

El Seguro Social determina la elegibilidad de Medicare y maneja la inscripción a Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarles .

**Social – Información de contacto**

<b>Llamar</b>	1-800-772-1213  Las llamadas a este número son gratuitas.  Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes.  Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas del día.
<b>Teléfono de texto</b>	1-800-325-0778  Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**

	Las llamadas a este número son gratuitas. Disponibles de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes.
<b>Sitio web</b>	<a href="http://www.SSA.gov">www.SSA.gov</a>

**SECCIÓN 6 Medicaid**

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos, como sus primas. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Individuo calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y trabajadoras calificadas (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorro de Medicare, comuníquese con *el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada*.

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada (Medicaid) - Información de contacto**

<b>Llamar</b>	775-684-4000
<b>Teléfono de texto</b>	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
<b>Escribir</b>	Servicio al cliente de Medicaid de Nevada Apartado postal 30042 Reno, NV 89520-3042
<b>Sitio web</b>	<a href="http://dhhs.nv.gov/">http://dhhs.nv.gov/</a>

**Capítulo 2 Números de teléfono y recursos****SECCIÓN 8 Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB)**

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

**Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB) – Información de contacto**

<b>Llamar</b>	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Presione “0” para hablar con un representante de RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles.</p> <p>Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.</p>
<b>Teléfono de texto</b>	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número no son gratuitas.</p>
<b>Sitio web</b>	<p><a href="https://RRB.gov">https://RRB.gov</a></p>

**SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador**

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud de su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare con este plan . Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 3:

## Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

### SECCIÓN 1      **Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

---

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener cobertura médica. Para obtener más información sobre la cobertura de nuestro plan y cuánto paga al recibirla, 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 salud con licencia estatal para brindar servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de salud.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su costo compartido como pago total. Nos encargamos de que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de salud, los suministros y el equipo cubiertos por nuestro plan. Sus servicios de atención médica cubiertos se detallan en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

#### **Sección 1.2      Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan**

Como plan de salud de Medicare, *Prominence Veteran HMO* debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

*Prominence Veteran HMO* generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos**

---

- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria** . Esto 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.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
  - En la mayoría de los casos, su médico de cabecera (PCP) de la red debe darle su aprobación previa (una referencia) antes de que pueda consultar con otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para más información, consulte la Sección 2.3.
  - No necesita derivaciones de su médico de cabecera para atención de emergencia o servicios de urgencia. Para obtener más información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su médico de cabecera, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención médica que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan ) no... Estar cubierto . Esto significa que debes pagar al proveedor el total de los servicios que recibes. Aquí hay tres excepciones :
  - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
  - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que la brinden, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se requiere una autorización previa antes de buscar atención fuera de la red. En este caso, paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
  - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no puede acceder a él temporalmente. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro de nuestra

área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido por la diálisis puede ser mayor.

## **SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica**

---

### **Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para brindar y supervisar su atención médica**

#### **¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?**

Al afiliarse a nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan como su Médico de Atención Primaria (PCP). Su PCP es un médico especializado en Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina General o Geriátrica, o que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como explicamos a continuación, recibirá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y le ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, hospitalizaciones y seguimiento médico. Coordinar sus servicios incluye consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y su evolución. En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Dado que su PCP brindará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

#### **¿Cómo elegir un médico de cabecera?**

Seleccione un médico de atención primaria de su Directorio de Proveedores y llame a Servicio al Cliente para informar su elección. El directorio se actualiza constantemente ; por lo tanto, comuníquese con Servicio al Cliente para asegurarse de que el proveedor acepte nuevos pacientes. Servicio al Cliente está disponible para ayudarlo con su selección y para encontrar un médico que se ajuste a sus necesidades. Servicio al Cliente también puede ayudarlo a verificar si un proveedor pertenece a nuestra red de médicos. Si desea utilizar un especialista u hospital en particular, verifique primero que esté en la red de su plan.

#### **Cómo cambiar de médico de cabecera**

Puede cambiar de médico de cabecera por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su médico de cabecera abandone la red de proveedores de nuestro plan y tenga que buscar uno nuevo. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

---

más información. Su cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Para cambiar de médico de cabecera, llame a Servicio al Miembro. Servicio al Miembro confirmará que el médico de cabecera al que desea cambiarse acepta nuevos pacientes. Cambiaremos su registro de miembro al del nuevo médico de cabecera y confirmaremos cuándo entrará en vigor el cambio.

### **Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin una derivación de su médico de cabecera**

Puede obtener los servicios enumerados a continuación sin obtener la aprobación previa de su médico de cabecera.

- Atención médica de rutina para la mujer, incluidos exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos. siempre y cuando los obtenga de un proveedor de red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios urgentes cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera .
- Hay otros servicios que puede obtener sin la aprobación previa de su médico de cabecera. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1, para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

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

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos**

---

- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos , las articulaciones o los músculos.

Cuando su médico de cabecera considere que necesita tratamiento especializado, coordinará su consulta con un especialista o con otros proveedores de nuestra red. Los miembros de Prominence Veteran HMO podrían necesitar una remisión de su médico de cabecera para consultar con cualquier especialista de la red. Puede programar una cita con el especialista que prefiera, siempre que pertenezca a nuestra red de proveedores. Aunque no sea necesaria una remisión de su médico de cabecera , le recomendamos que consulte con su médico de cabecera sobre el especialista más adecuado para sus necesidades. Su médico de cabecera puede ayudarle a elegir un especialista y a coordinar su atención.

Si tiene alguna pregunta sobre si el especialista u otro proveedor que desea está en nuestra red, consulte nuestro Directorio de Proveedores en [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com) o llame a Servicios para Miembros. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto. Servicios para Miembros también verificará que el especialista acepte nuevos pacientes.

Aunque no se requieran derivaciones a especialistas , algunos servicios médicos requieren la aprobación previa de nuestro plan. Esto se denomina "autorización previa". Su médico puede llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar la autorización de servicios que requieren autorización previa. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

que se requiera autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 o la información sobre qué servicios requieren autorización previa). Puede obtener la autorización del plan. Usted o su proveedor, incluso si es un proveedor no contratado, pueden preguntar al plan si lo cubrirá antes de prestar un servicio . Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se haga por escrito. Este proceso se denomina Una determinación anticipada . Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. El Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) contiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión sobre la cobertura o si desea apelar una decisión que ya hayamos tomado.

### Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

---

Si no tiene una determinación anticipada, también se puede obtener autorización de un proveedor de la red que remita a un afiliado a un especialista fuera de la red del plan para un servicio; siempre que el servicio no esté explícitamente excluido de la cobertura del plan, como se analiza en el Capítulo 4.

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

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
  - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Nosotros... Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Si un proveedor o beneficio de la red no está disponible o no es suficiente para satisfacer sus necesidades médicas, gestionaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, con un costo compartido dentro de la red. Es posible que necesite obtener una autorización previa del plan.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor que se encargue de su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos**

---

derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja por la calidad de la atención ante nuestro plan o ambos (consulte el Capítulo 9).

**Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red**

En ocasiones, puede necesitar atención médica que solo puede obtener de un proveedor fuera de nuestra red. Puede obtener servicios de proveedores fuera de la red en circunstancias limitadas y solo si los servicios están cubiertos y son médicamente necesarios. En tal caso, debe obtener la autorización del plan antes de buscar atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Usted o su médico pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar autorización previa para consultar con un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre cómo contactarnos, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección "Cómo contactarnos cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica". También puede comunicarse con el Servicio de Atención al Cliente a los números de teléfono que aparecen en la contraportada de este folleto.

En caso de emergencia o servicios urgentes fuera del área, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red sin necesidad de obtener la aprobación previa del plan. Sin embargo, una vez superada la emergencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua. Para obtener más información sobre esto y saber qué significan los servicios de emergencia o urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para emergencias o servicios urgentes fuera del área. Además, cubrimos servicios de diálisis para miembros con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que hayan viajado fuera del área de cobertura del plan y no puedan acceder a proveedores contratados para esta enfermedad.

**SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención**

---

**Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica**

Una **emergencia médica** se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la muerte del feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

---

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de urgencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No... Necesita obtener primero la aprobación o una referencia de su médico de cabecera. No necesita usar un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **informar a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible .** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación del plan.

### Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a urgencias por cualquier otro medio podría poner en riesgo su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo ha terminado la emergencia médica.

Una vez superada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurar que su condición se mantenga estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y planifiquen su atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan . Sin embargo, una vez superada la emergencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua.

Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red , intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

### ¿Qué pasaría si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir a urgencias pensando que su salud corre grave peligro y el médico podría decirle que, después de todo, no era una emergencia. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya considerado razonablemente que su salud corría grave peligro , cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico dijera que no era así, En caso de emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si la recibe de una de estas dos maneras:

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos**

---

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional , o
- La atención adicional que recibe se considera un servicio de urgencia y debe seguir las reglas a continuación para obtener esta atención urgente.

**Sección 3.2 Obtenga atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios**

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) se considera urgente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtenerlo de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentes son enfermedades y lesiones imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente .

Siempre debe intentar obtener servicios urgentes de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para recibir atención de su proveedor de la red cuando esta esté disponible, cubriremos los servicios urgentes que reciba de un proveedor fuera de la red. No obstante, una vez superada la urgencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua.

Si necesita atención médica que no sea de emergencia fuera del horario laboral habitual, puede acudir al centro de atención de urgencias más cercano. Consulte el Directorio de Proveedores para obtener información sobre centros de atención de urgencias. Recuerde presentar su credencial de miembro al momento de su visita.

Los servicios de telemedicina se ofrecen las 24 horas. Este servicio no reemplaza a un médico de cabecera y permite a los miembros hablar con un médico que puede diagnosticar, recomendar tratamientos y recetar medicamentos, cuando corresponda, para diversos problemas médicos y de salud conductual.

Si se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, una vez superada la urgencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos. No cubre servicios no urgentes si recibe atención fuera de Estados Unidos. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

---

### Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

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

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

Si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red.

## SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos ?

---

Si pagó más de lo que le corresponde según nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo 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, deberá pagar el costo total

*Prominence Veteran HMO* cubre todos los servicios médicamente necesarios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de utilizar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto . *UNA VEZ* alcanzado el límite de beneficios , el importe que pague por el servicio no se contabilizará para el máximo de gastos de bolsillo de su plan. Puede llamar a Servicios para Miembros si desea saber cuánto ha utilizado ya de su límite de beneficios.

## SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

---

### Sección 5.1 ¿Qué es una investigación clínica ? estudiar

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico* ) es una forma en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

---

por Medicare . Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar. Mientras participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

**Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio.** Si nos informa Si participa en un ensayo clínico calificado, solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionarnos documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener la aprobación de su médico de cabecera. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan pertenecer a la red de nuestro plan. (Esto no 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 (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

### **Sección 5.2 ¿Quién paga los servicios en una investigación clínica? estudiar**

Una vez que se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluidos:

- Alojamiento y comida para una estadía en un hospital que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos**

---

servicios que reciba como parte del estudio que si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto . Costo compartido que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

*Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico:* Supongamos que se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Su parte del costo de esta prueba es de \$20 con Medicare Original, pero con nuestro plan, la prueba costaría \$10. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Usted notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentaría la documentación (como la factura del proveedor) a nuestro plan. Nuestro plan le pagaría directamente \$10. Esto significa que su pago neto por la prueba es de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes:**

- En general, Medicare no pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted no estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte de un estudio si su afección médica normalmente solo requiere una.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas que participan en el ensayo.

**Obtenga más información sobre cómo unirse a una investigación clínica estudiar**

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare "*Medicare y Estudios de Investigación Clínica*", disponible en [www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución de salud no médica religiosa**

---

### **Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica**

Una institución religiosa de atención médica no médica es un centro que brinda atención para afecciones que normalmente se tratarían en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos la atención en una institución religiosa de atención médica no médica. Este beneficio se proporciona únicamente para servicios hospitalarios de la Parte A (servicios de atención médica no médica).

### **Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención médica no médica**

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

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

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa de atención médica no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan sólo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una condición médica que le permita obtener servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes internados o atención en un centro de enfermería especializada.
  - – y – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en la instalación, o su estadía no será posible. estar cubierto

## Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

---

Los límites de cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados se aplican a los servicios recibidos en una institución religiosa de atención no médica. Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información sobre la cobertura de hospitalización.

### **SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos**

---

#### **Sección 7.1 No será propietario de algún equipo médico duradero después de realizar una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan**

El equipo médico duradero (EMD) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos para generar voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para que los miembros las usen en casa. El miembro siempre posee algunos artículos de EMD, como prótesis. Otros tipos de EMD se deben alquilar .

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero (EMD) son propietarios del equipo tras pagar los copagos correspondientes durante 13 meses. **Como miembro de *Prominence Veteran HMO* , generalmente no obtendrá la propiedad de los equipos médicos duraderos alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice durante su membresía .** No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el equipo médico duradero con Medicare Original antes de unirse a nuestro plan . En ciertas circunstancias, le transferiremos la propiedad del equipo médico duradero. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

#### **¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?**

Si no obtuvo la propiedad del equipo médico duradero (EMD) mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para obtener la propiedad del equipo. Los pagos que realizó mientras estaba afiliado a nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos

**Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos**

---

para obtener la propiedad del artículo una vez que se reincorpore a Medicare Original. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no se contabilizan.

**Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento**

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare *Prominence Veteran HMO* cubrirá:

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

Si abandona *Prominence Veteran HMO* o ya no necesita por razones médicas el equipo de oxígeno, deberá devolverlo .

**¿Qué sucede si abandona nuestro plan y regresa a Medicare Original?**

le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Después de 5 años, puede... Puede optar por permanecer en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma compañía, y deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

# CAPÍTULO 4:

## Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)

### **SECCIÓN 1 Entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos**

---

La Tabla de Beneficios Médicos enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada uno como miembro de *Prominence Veteran HMO* . Esta sección también ofrece información sobre los servicios médicos no cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

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

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

- **Deducible:** la cantidad que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **Copago:** la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Paga un copago al recibir el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coaseguro:** el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Paga un coaseguro al recibir el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos le brinda más información sobre su coaseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coaseguros. Si participa en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de desembolso personal (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026 el monto MOOP es \$6,500.**

## Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)

---

Los montos que paga por los servicios cubiertos dentro de la red se contabilizan para este monto máximo de desembolso personal . Los montos que paga por algunos servicios No se incluyen en su monto máximo de desembolso personal . Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos . Si alcanza el monto máximo de desembolso personal... de \$6,500 , no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare ( a menos que su prima de la Parte B se pague para usted por Medicaid u otro tercero) .

### Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de *Prominence Veteran HMO* , cuenta con una importante protección, ya que solo paga su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldo** . Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación del saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga solo esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje del total de los cargos), nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una referencia médica o para emergencias o servicios urgentes).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coaseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando recibe una referencia médica, o en emergencias o servicios urgentes fuera del área de servicio).

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

---

- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos .**

---

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre *Prominence Veteran HMO* y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio . Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos solo están cubiertos cuando se cumplen los siguientes requisitos :

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *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 período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no... Estará cubierto , a menos que se trate de una emergencia o atención urgente, o que nuestro plan o un proveedor de la red le haya remitido. Esto significa que usted paga al proveedor el total de los servicios fuera de la red que reciba.

- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda y supervisa su atención . En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación previa (una referencia) antes de poder consultar con otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *Solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en cursiva en la Tabla de Beneficios Médicos.
- También podríamos cobrarle cargos administrativos por faltar a citas o por no pagar el costo compartido requerido al momento del servicio . Si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**


- Prominence Health seguirá todas las pautas de cobertura de Medicare relacionadas con abortos, planificación familiar y pruebas genéticas.

Otras cosas importantes que debes saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, paga *más*. En nuestro plan, paga menos que en Medicare Original. En otros, paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare & You 2026*. Consúltelo en línea en [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted . Sin embargo, si también recibe tratamiento o seguimiento por una condición médica preexistente durante la consulta cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para dicha condición médica.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

 Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios Médicos.

**Cuadro de beneficios médicos**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p> <b>Detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p> <p>Una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba si presenta ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asistente médico, enfermera practicante o enfermera clínica especialista.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.</p>
<p><b>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p>	<p>No hay coseguro ni copago para las visitas cubiertas por Medicare.</p>




**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que dura 12 semanas o más;</li> <li>• inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc. );</li> <li>• no asociado con cirugía; y</li> <li>• No asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren una mejoría. No más de 20. Los tratamientos de acupuntura pueden administrarse anualmente.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o presenta regresión.</p> <p><b>Requisitos del proveedor:</b></p> <p>Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), enfermeros profesionales (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y,</li> <li>• una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.</li> </ul> <p>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un</p>	




**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotatoria y terrestre, hasta el centro médico más cercano que pueda brindar atención, si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud, o si nuestro plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia , se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario .</p>	<p>\$300</p> <p>Se aplica un copago por segmento. Un segmento corresponde al traslado en ambulancia al centro médico más cercano. Se aplica otro segmento si el beneficiario es trasladado posteriormente en ambulancia a otro centro médico.</p> <p>El copago no se aplica si usted es admitido al hospital como paciente internado.</p> <p>Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia.</p>
<p><b>Examen físico anual</b></p> <p>Un examen realizado por un médico de atención primaria . Se cubre una vez cada 12 meses. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen físico apropiado para la edad y el género, incluidos los signos vitales y las mediciones.</li> <li>• orientación, asesoramiento y reducción de factores de riesgo.</li> <li>• Administración u ordenación de inmunizaciones, pruebas de laboratorio o procedimientos de diagnóstico.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.</p> <p>Usted será responsable del costo compartido por cualquier servicio adicional realizado durante una consulta anual de bienestar. Esto incluye, entre otros, el costo compartido por imágenes (como una radiografía de tórax) o pruebas diagnósticas (como un electrocardiograma).</p>


**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

Servicio cubierto	Lo que pagas
<p> <b>Visita anual de bienestar</b></p> <p>Si lleva más de 12 meses con la Parte B, puede obtener una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y sus factores de riesgo. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Nota :</b> Su primera visita de bienestar anual No puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> . Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita de <i>Bienvenido a Medicare para</i> tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p> <b>Medición de la masa ósea</b></p> <p>Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Detección del cáncer de mama (mamografías)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más</li> <li>• Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio , educación y asesoramiento para los miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden médica.</p> <p>Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Pagas 10 \$ por visita.</p> <p>La terapia de ejercicio supervisada está cubierta para personas que califican, con un máximo de 36 sesiones para personas con enfermedad arterial periférica (EAP). Consulte el beneficio de terapia de ejercicio supervisada (TEP) en esta sección para obtener más información sobre los servicios de TEP.</p> <p>Los servicios pueden requerir autorización previa.</p>
<p> <b>Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</b></p> <p>Cubrimos una visita anual con su médico de cabecera para ayudarlo a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podría hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que lleve una alimentación saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia conductual intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> <b>Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada 5 años.</p>
<p> <b>Detección del cáncer de cuello uterino y de vagina</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 horas. meses</li> <li>• Si tiene un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses</li> </ul>	<p>preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación.</li> <li>• El plan también cubriría la atención quiropráctica de rutina.</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita cubierta por Medicare (manipulación manual de la columna para corregir la subluxación).</p> <p>Usted paga \$20 por cada visita quiropráctica de rutina hasta un límite de 12 visitas anuales.</p> <p><i>Se requiere autorización previa .</i></p>
<p><b>Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico</b></p> <p>Servicios mensuales cubiertos para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.</p>	<p>El costo compartido de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales brindados durante el curso del tratamiento.</p>
<p> <b>Detección del cáncer colorrectal</b></p> <p>Se cubren las siguientes pruebas de detección :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen 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</li> </ul>	<p>No hay coaseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal. Está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo. en caso de cáncer colorrectal, se podrá realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección .</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.</li> <li>• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.</li> <li>• ADN fecal multidiana para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo . Una vez cada 3 años.</li> <li>• Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo . Cada 3 años.</li> <li>• Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</li> </ul>	<p>convierte en una prueba de diagnóstico .</p>



**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.</li> </ul>	
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare cubre los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, especialmente cuando dicho servicio forma parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia por cáncer de mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos:</p> <p>Incluye cobertura para los siguientes servicios .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes orales</li> <li>Profilaxis (Limpieza)</li> <li>Tratamiento con flúor</li> <li>Radiografías dentales</li> <li>Servicios restaurativos (las coronas no están cubiertas )</li> <li>Endodoncia</li> <li>Periodoncia</li> </ul>	<p>No hay copago, coseguro ni deducible para los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> <p>Exámenes orales (hasta 2 visitas al año): \$0 de copago</p> <p>Radiografías dentales (hasta 2 visitas al año): Copago de \$0</p> <p>Limpieza (hasta 2 visitas al año): \$0 de copago</p> <p>Tratamiento con flúor (hasta 2 visitas al año): copago de \$0</p> <p>Servicios de Restauración (Límite de una visita dental al año para Servicios de Restauración): Coaseguro del 10% al 50%. Las amalgamas y resinas compuestas tienen un coaseguro del 10% y un límite de 2 al año . Otros servicios tienen un coaseguro del 50% una vez al año .</p> <p>Endodoncia: 50% de coaseguro</p> <p>Periodoncia: Coaseguro del 10% al 50%. Gingivectomía, raspado y alisado radicular cubiertos con un</p>


**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prótesis dentales</li> <li>• Cirugía Oral/Maxilofacial</li> <li>• Servicios Generales Adjuntos</li> </ul> <p>Visite <a href="http://www.ProminenceMedicare.com/dental">www.ProminenceMedicare.com/dental</a> o llame a Servicios para Miembros para encontrar un dentista.</p>	<p>coaseguro del 50% una vez cada dos años por cuatrienio. Mantenimiento periodontal cubierto con un coaseguro del 10% dos veces al año . Otros servicios cubiertos con un coaseguro del 10% una vez por cuatrienio cada dos años.</p> <p>Prótesis dentales (removibles): coaseguro del 10% al 50%. Reparación de prótesis dental con un coaseguro del 10% una vez por arcada cada doce meses . Una prótesis dental completa con un coaseguro del 50% por arcada cada cinco años.</p> <p>Prótesis (Fija) – Coaseguro del 10% al 50%. Renovación de prótesis parcial fija con un coaseguro del 10%. Otros servicios cubiertos con un coaseguro del 50% (uno por arcada cada cinco años).</p> <p>Cirugía Oral y Maxilofacial: Coaseguro del 10% al 50%. Extracciones cubiertas con un coaseguro del 10% . Otros servicios cubiertos con un coaseguro del 50%.</p> <p>Servicios generales complementarios: Coaseguro del 10% al 50%. Anestesia, inhalación y sedación intravenosa con un coaseguro del 50% . Otros servicios cubiertos con un coaseguro del 10%.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
	<p>La Asociación Dental Americana publica anualmente los cambios en los Códigos de Terminología Dental Actuales (CDT) . Los códigos de procedimiento pueden modificarse durante el año del plan en función de la suspensión de ciertos códigos dentales.</p> <p>Para obtener una lista completa de los servicios dentales cubiertos y sus exclusiones, visite el sitio web <a href="http://ProminenceMedicare.com/dental">ProminenceMedicare.com/dental</a>. Debe usar la red de proveedores de FCL Dental.</p>
<p> <b>Detección de depresión</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>
<p> <b>Detección de diabetes</b></p> <p>Cubrimos esta evaluación (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también podrían estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Usted puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	
<p> <b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</b></p> <p>Para todas las personas con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los únicos monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas cubiertos son los productos CONTOUR® fabricados por Ascensia Diabetes Care. (No se requiere autorización a menos que se solicite una cantidad superior a 150 tiras por cada suministro de 30 días ).</li> <li>○ Todos los suministros para el monitoreo continuo de glucosa requieren autorización previa. La única marca cubierta son los productos FREESTYLE LIBRE® fabricados por Abbott Diabetes Care, Inc.</li> <li>○ Se requieren marcas alternativas para suministros de monitoreo diabético una autorización previa con necesidad médica.</li> <li>○ La cobertura está limitada a un medidor o monitoreo continuo de glucosa cada 365 días.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$0 por suministros para el monitoreo de la diabetes.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por zapatos terapéuticos, plantillas y aparatos ortopédicos.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Los suministros para el control de la diabetes, las ortesis plantares y los zapatos, plantillas y aparatos ortopédicos terapéuticos requieren autorización previa.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para personas con diabetes que padecen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas que se incluyen) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos con suela gruesa y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se incluyen). La cobertura incluye la prueba.</li> <li>• La capacitación sobre autogestión de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.</li> </ul>	
<p><b>Equipo médico duradero (EMD) y suministros relacionados</b></p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el equipo médico duradero (EMD) médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede encargarlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web: <a href="http://www.prominencemedicare.com">www.prominencemedicare.com</a></p> <p>Por lo general, <i>Prominence Veteran HMO</i> cubre cualquier equipo médico duradero (EMD) 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 indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en <i>Prominence Veteran HMO</i> y usa</p>	<p><i>Usted paga un coseguro del 20 % del costo total.</i></p> <p>Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de \$0 cada mes.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p>Se requiere autorización previa para todos los artículos DME con un precio de compra superior a \$1,000 o \$75 por mes, si se alquilan.</p>


**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>una marca de EDM que no está en nuestra lista, continuaremos cubriéndola hasta por 90 días. Durante este período, debe consultar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo derive a una segunda opinión).</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, puede 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 las apelaciones, consulte el Capítulo 9).</p>	
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionado por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y</li> <li>• Necesario para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.</li> </ul> <p>A emergencia médica Se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente .</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red.</p> <p><b><u>Atención de emergencia en todo el mundo*</u></b></p> <p>Se proporciona cobertura para atención de emergencia recibida en todo el mundo. (Mundial se</p>	<p>Usted paga un copago de \$130 por visita a un centro de emergencia.</p> <p>está obligado a pagar el copago de la sala de emergencias si es admitido en el hospital como paciente internado por la misma afección dentro de los 3 días posteriores a una visita a la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita hospitalización una vez que se haya estabilizado su estado de emergencia, el plan debe autorizar su hospitalización en dicho hospital, y su costo será el mismo que pagaría en un hospital de la red. Sin embargo, una vez superada la emergencia, esperamos que regrese a los</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>refiere a la atención de emergencia recibida fuera de Estados Unidos y sus territorios).</p>	<p>proveedores de la red para recibir atención continua.</p> <p>Atención de emergencia en todo el mundo</p> <p>Usted paga un copago de \$130 por visita.</p> <p>La cobertura máxima anual de \$25,000 aplica para servicios de emergencia y consultas de urgencia fuera de Estados Unidos. Esto no incluye procedimientos planificados.</p> <p>está obligado a pagar el copago de la sala de emergencias si es admitido en el hospital como paciente internado.</p>
<p><b>Servicios de audición</b></p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado .</p> <p><b>Exámenes de audición de rutina</b></p> <p><b>Audífonos</b></p> <p>Nuestro plan cubre hasta un límite máximo anual para la compra de un audífono. El gasto de bolsillo del miembro por audífono varía según el nivel de tecnología seleccionado.</p> <p>Los miembros deben comprar audífonos de TruHearing</p> <p>La compra del audífono incluye:</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por exámenes de diagnóstico de audición.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por exámenes de audición de rutina.</p> <p>Paga un copago de \$0 por la adaptación y evaluación de audífonos . El límite máximo es de \$600 por oído al año.</p> <p>El costo de bolsillo del miembro por audífono varía según el nivel de tecnología seleccionado. El copago por tecnología de nivel 1 es de \$0 y el copago máximo es de \$1,725.</p> <p>Las citas deben programarse a través de TruHearing.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de audición anual sin costo</li> <li>• Garantía integral de 3 años, que incluye cobertura por pérdida, daños y reparación.</li> <li>• Suministro de baterías para 2 años, hasta 64 celdas por audífono al año</li> <li>• período de evaluación de 60 días</li> <li>• Seguimiento del servicio durante 1 año sin costo con el proveedor original</li> <li>• Servicios profesionales, que incluyen pruebas, ajuste, programación y soporte.</li> </ul>	
<p> <b>Prueba de detección del VIH</b></p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de detección cada 12 meses.</li> </ul> <p>Si está embarazada, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo .</li> </ul>	<p>hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Comidas a domicilio</b></p> <p>Inmediatamente después de una cirugía u hospitalización. Puede optar a recibir hasta 42 comidas a lo largo de 14 días, según sus necesidades.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago. <i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>
<p><b>Atención médica domiciliaria</b></p> <p>Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que los necesita y solicitará que una agencia de salud a domicilio los proporcione .</p>	<p>\$0 copago <i>Se requiere autorización previa .</i></p>


**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>Debe estar confinado en su hogar, lo que implica un gran esfuerzo al salir de casa.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada y asistente de salud a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y asistente de salud a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios médicos y sociales</li> <li>• Equipos y suministros médicos</li> </ul>	
<p><b>Terapia de infusión domiciliaria</b></p> <p>La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención.</li> <li>• Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero</li> <li>• Monitoreo remoto</li> <li>• Servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un</li> </ul>	<p>\$0 copago</p> <p><i>Se requiere autorización previa .</i></p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado</p>	
<p><b>Cuidados paliativos</b></p> <p>Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que padece una enfermedad terminal y que le quedan 6 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 ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en su área de servicio, incluyendo programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor.</li> <li>• Cuidado de relevo a corto plazo</li> <li>• Cuidado domiciliario</li> </ul> <p>Cuando lo admiten en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><b>Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal:</b> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de las Partes A y B relacionado con su pronóstico terminal . Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor facturará a Medicare Original los servicios</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por <i>Prominence Veteran HMO</i> .</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>que Medicare Original paga. Usted... se facturará el costo compartido de Medicare original.</p> <p><b>Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal:</b> si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como si existe un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted paga solo el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red.</li> <li>• Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Medicare Original.</li> </ul> <p><b>Para servicios cubiertos por <i>Prominence Veteran HMO</i> pero no cubierto por Medicare Parte A o B:</b> <i>Prominence Veteran HMO</i> seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, independientemente de si Están relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de nuestro plan por estos servicios.</p> <p><b>Nota:</b> Si necesita cuidados que no sean de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), contáctenos para coordinar los servicios.</p>	
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vacunas contra la neumonía</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si es médicamente necesario</li> <li>• Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B</li> <li>• Vacunas para COVID-19</li> <li>• Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare</li> </ul>	
<p><b>Evaluaciones de seguridad en el hogar</b></p> <p>Una evaluación de seguridad en el hogar para identificar o eliminar posibles riesgos . Las evaluaciones deben ser prescritas por el proveedor y serán realizadas por un profesional de la salud a domicilio autorizado.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por una evaluación anual de seguridad del hogar por año .</p> <p><i>Se requiere autorización del plan .</i></p>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></p> <p>Incluye servicios de hospitalización de agudos, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día de ingreso formal con orden médica. El día anterior al alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>• Comidas incluyendo dietas especiales</li> <li>• Servicios regulares de enfermería</li> <li>• Costos de las unidades de cuidados especiales (como cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios)</li> <li>• Medicamentos y drogas</li> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Rayos X y otros servicios de radiología</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas</li> <li>• Costos de quirófano y sala de recuperación</li> </ul>	<p>Hospitales de nivel 1:</p> <p>Usted paga \$350 de copago por día para los días 1 a 6</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día para los días 7 a 90.</p> <p>Hospitales de nivel 2:</p> <p>Usted paga \$425 de copago por día para los días 1 al 6.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día para los días 7 a 90.</p> <p>Por cada hospitalización, usted cuenta con cobertura por períodos de beneficios específicos. Cada hospitalización se administra y cubre de acuerdo con las normas del plan y será consistente con los copagos de una hospitalización cubierta por</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

Servicio cubierto	Lo que pagas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia física, ocupacional y del lenguaje del habla</li> <li>• Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados</li> <li>• se cubren los siguientes tipos de trasplantes : de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato . Si <i>Prominence Veteran HMO</i> ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de trasplantes en su comunidad y usted decide recibir el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o cubriremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante .</li> <li>• Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o solicitar la donación de sangre propia o de otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta.</li> <li>• Servicios médicos</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Para ser considerado paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden de ingreso formal. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare "<i>Beneficios Hospitalarios de Medicare</i>". Esta hoja</li> </ul>	<p>Medicare.</p> <p>La Parte A de Medicare cubre hasta 90 días de hospitalización médicamente necesaria por cada período de beneficios. Medicare también cubre hasta 60 días adicionales de reserva vitalicia. Se otorgan 90 días por cada período de beneficios, pero estos 60 días de reserva vitalicia solo se pueden usar una vez durante la vida del beneficiario.</p> <p>hay límite en la cantidad de períodos de beneficio. Se cobra un costo compartido por cada hospitalización.</p> <p>Si recibe atención médica hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado , su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>


**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>informativa está disponible en <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	
<p><b>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren estadía en el hospital . También puede ser elegible para el uso de los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare (se utilizan si una internación para servicios de salud mental dura más de 90 días por período de beneficio). Para las internaciones para atención de salud mental, su médico debe notificar al plan cuando sea admitido.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. Este límite no aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</li> <li>• Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$ 330 por día, del día 1 al 5.</p> <p>Usted paga \$0 por día, durante los días 6 al 90 por estadías en centros de salud mental para pacientes internados.</p> <p>Para estadías de atención de salud mental para pacientes internados, su médico debe notificar al plan cuando sea admitido .</p> <p>Para el uso de los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare (usados si una internación para recibir servicios de salud mental dura más de 90 días por período de beneficio), usted paga un copago de \$0 por día, para los días 91 al 95; \$0 por día, para los días 96 al 190, que incluyen los 40 días de reserva de por vida adicionales.</p> <p>Medicare cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Estos 40 días adicionales se ofrecen una sola vez durante la vida del beneficiario. El pago no puede exceder un total de 90 días de atención psiquiátrica hospitalaria en un hospital psiquiátrico</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
	<p>independiente durante la vida del paciente.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>
<p><b>estadía hospitalaria no cubierta</b></p> <p>Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)</li> <li>• Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos.</li> <li>• Apósitos quirúrgicos</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones</li> <li>• Dispositivos protésicos y ortopédicos (excepto los dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o defectuoso, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos .</li> <li>• Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdidas o cambios en la condición física del paciente.</li> <li>• Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional</li> </ul>	<p>Los servicios enumerados continuarán cubiertos por los montos de costo compartido que se muestran en el cuadro de beneficios para el servicio específico.</p> <p>Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, incluidos yesos y férulas, usted paga el monto de costo compartido correspondiente donde se brinda el servicio específico .</p> <p>Consulte los servicios de hospitalización y centros de enfermería especializada (SNF) para conocer los costos compartidos y los períodos de beneficios.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p> <b>Terapia nutricional médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (pero que no estén en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de consejería individual durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año después. Si su condición, 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. en el próximo año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p> <p><b>Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare.</b></p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda 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.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b></p> <p><b>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de</li> </ul>	<p>Usted paga el 20% del costo total de los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B.</p> <p>Usted paga el 20% del costo de otros medicamentos de la Parte B.</p>


**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

Servicio cubierto	Lo que pagas
<p>un médico, de un hospital ambulatorio o de un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)</li> <li>• Otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan</li> <li>• El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico: lecanemab), se administra por vía intravenosa. Además del costo de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría incrementar sus costos generales. Consulte con su médico sobre las exploraciones y pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento.</li> <li>• Factores de coagulación que se administran mediante inyección si tiene hemofilia</li> <li>• Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre .</li> <li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.</li> <li>• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.</li> <li>• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales</li> </ul>	<p>El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de copago de \$35 para el suministro de insulina de un mes y no se aplican los deducibles por categoría de servicio o nivel de plan.</p> <p><i>Se requiere autorización previa, incluida la terapia escalonada, para todos los medicamentos de la Parte B con un costo superior a \$100.</i></p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

Servicio cubierto	Lo que pagas
<p>contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ingerirse, se descompone en el mismo principio activo presente en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.</li> <li>• Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare</li> <li>• Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®</li> <li>• Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y los anestésicos tópicos.</li> <li>• Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones. (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta)</li> <li>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria</li> </ul>	

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)</li> </ul> <p>Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: <a href="https://prominencemedicare.com/get-care/prescription-drugs-part-d/prescription-forms-and-resources/">https://prominencemedicare.com/get-care/prescription-drugs-part-d/prescription-forms-and-resources/</a></p> <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de la Parte B.</p>	
<p> <b>Detección y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida</b></p> <p>Si tiene un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Consulte con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y el tratamiento preventivo de la obesidad.</p>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b></p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opiáceos (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA)</li> <li>Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde)</li> <li>Asesoramiento sobre consumo de sustancias</li> <li>Terapia individual y grupal</li> <li>Pruebas toxicológicas</li> <li>Actividades de admisión</li> <li>Evaluaciones periódicas</li> </ul>	<p>\$10 por servicios del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p><b>Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rayos X</li> <li>• Radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, como apósitos.</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones</li> <li>• Pruebas de laboratorio</li> <li>• Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o solicitar la donación de sangre propia o de otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</li> <li>• Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico.</li> <li>• Otras pruebas diagnósticas ambulatorias</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 de copago por pruebas y procedimientos de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por servicios de laboratorio.</p> <p>Usted paga un copago de \$60 por servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por radiografías para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de sangre.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20 % por servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer).</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>
<p><b>Observación hospitalaria ambulatoria</b></p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede recibir el alta .</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos , deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se cubren cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario para admitir</p>	<p>Usted paga un copago de \$295 por estadía.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa</i></p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es... Si es paciente ambulatorio , consulte al personal del hospital.</p> <p>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare "<i>Beneficios Hospitalarios de Medicare</i>". Esta hoja informativa está disponible en <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>	
<p><b>Servicios hospitalarios ambulatorios</b></p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como servicios de observación o atención ambulatoria. cirugía</li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital</li> <li>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial , si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital</li> <li>• Suministros médicos como férulas y yesos</li> <li>• Ciertos medicamentos y productos biológicos no pueden administrarse por cuenta propia</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$350 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Usted paga \$295 por todos los servicios recibidos durante la atención de observación.</p> <p>Monto mínimo de copago de \$25 para tratamiento de cuidado de heridas en el consultorio de un proveedor, centro de servicios ambulatorios e instalaciones de cuidado de heridas contratadas.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios, de observación y de centro quirúrgico ambulatorio.</i></p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es... Si es paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p>	
<p><b>Atención ambulatoria de salud mental</b> Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, consejero profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por visita para visitas de terapia individual y grupal.</p> <p><i>requerirse autorización previa .</i></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación ambulatoria</b> Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se brindan en diversos entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF).</p>	<p>Copago de \$10 por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 por cada visita de fisioterapia y terapia del habla cubierta por Medicare.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para visitas superiores a 12 al año.</i></p>
<p><b>Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por visita para visitas de terapia individual y grupal.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>Servicios de tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias que se brindan en el departamento ambulatorio de un hospital o centro de atención ambulatoria a pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quien tiene sido dado de alta de una estancia hospitalaria para el tratamiento del abuso de sustancias farmacológicas; o</li> <li>• Que requieren tratamiento pero no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que sólo se encuentran en el entorno hospitalario para pacientes internados</li> </ul>	<p><i>Los servicios ambulatorios de abuso de sustancias proporcionados en un centro requieren autorización previa</i></p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>
<p><b>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios.</b></p> <p><b>Nota:</b> Si se somete a una cirugía en un hospital, debe consultar con su proveedor si será paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden de ingreso hospitalario, usted es paciente ambulatorio y paga los costos compartidos de la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 por una cirugía en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Usted paga un copago de \$350 por otros servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</b></p> <p><i>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro de salud mental comunitario que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.</i></p> <p><i>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud mental (conductual) activa brindado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud</i></p>	<p>Usted paga un copago de \$55 por servicios de hospitalización parcial.</p> <p>Usted paga un copago de \$55 por servicios ambulatorios intensivos.</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial.</p>	
<p><b>visitas al consultorio médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar</li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista.</li> <li>• Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico de cabecera, si su médico lo solicita para ver si necesita tratamiento médico.</li> <li>• Ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de médicos de atención primaria y sesiones individuales para servicios especializados de salud mental. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta presencial o por telesalud. Si elige recibir alguno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud.</li> <li>○ Visite la página de registro de Teladoc y proporcione la información requerida en <a href="https://www.teladoc.com">https://www.teladoc.com</a>. También puede llamar a Teladoc al 1-800-TELADOC (835-2362).</li> </ul> </li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de médico de atención primaria.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por servicios de reumatólogo.</p> <p>Usted paga un copago de \$45 por visita por todos los demás servicios especializados.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por servicios de telesalud</p> <p><i>Los servicios especializados pueden requerir autorización previa y referencias.</i></p>


**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunos servicios de telesalud incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.</li> <li>• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro.</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación</li> <li>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación</li> <li>• Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud</li> <li>○ Tienes una visita en persona cada 12 meses mientras recibes estos servicios de telesalud</li> <li>○ hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal</li> <li>• Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos <b>si</b>:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ eres un paciente nuevo <b>y</b></li> </ul> </li> </ul>	



**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ El check-in no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li> <li>○ El check-in no implica una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni la cita más próxima disponible.</li> <li>● Evaluación del vídeo y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <b>si</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ eres un paciente nuevo <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días <b>y</b></li> <li>○ La evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita más próxima disponible.</li> </ul> </li> <li>● Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o historia clínica electrónica</li> <li>● Segunda opinión <i>de otro proveedor de la red</i> antes de la cirugía</li> <li>● Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades neoplásicas por cáncer o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)</li> </ul>	
<p><b>Servicios de podología</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o el espolón calcáneo)</li> <li>● Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$5 por servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por servicios de podología de rutina (límite de 12 visitas por año).</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p> <b>Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH</b></p> <p>Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados.</p> <p>Si califica, los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección.</li> <li>• Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses.</li> <li>• Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses.</li> </ul> <p>Una prueba única para detectar el virus de la hepatitis B.</p>	<p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.</p>
<p><b>Acceso a Prominence Fitness y Gimnasio</b></p> <p>Prominence Medicare Advantage ofrece a sus miembros acceso a una red de gimnasios y centros de fitness en todas nuestras áreas de servicio. Obtenga más información en <a href="https://ProminenceMedicare.com/living-healthy">ProminenceMedicare.com/living-healthy</a>. Para obtener más información sobre cómo inscribirse en este beneficio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.</p> <p>Su uso del Beneficio de Fitness constituye su consentimiento para que se comparta información con nuestros socios y proveedores de la red de gimnasios. Los centros y cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.</p>	<p>\$0 copago</p>



**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p> <b>Exámenes de detección del cáncer de próstata</b></p> <p>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• examen rectal digital</li> <li>• Prueba del antígeno prostático específico (PSA)</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.</p>
<p><b>Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados</b></p> <p>Dispositivos (excepto los dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, prótesis y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, así como la reparación o el reemplazo de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas; consulte la sección " <i>Cuidado de la vista</i> " más adelante en esta tabla para obtener más detalles.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20%.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para todas las prótesis/suministros médicos con un precio de compra superior a \$1000 o \$75 por mes, si se alquilan.</i></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por visita.</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>
<p> <b>Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas)</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>que abusan del alcohol pero no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si el resultado de la prueba de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.</p>	<p>Medicare para reducir el abuso de alcohol.</p>
<p> <b>Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></p> <p>Para personas calificadas, una LDCT Se cubre cada 12 meses.</p> <p><b>Los miembros elegibles son</b> personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que obtienen una orden para LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida para detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que debe ser proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD después de la prueba inicial, los miembros deben obtener una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD, la cual puede realizarse durante cualquier consulta pertinente con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para la detección de cáncer de pulmón en pruebas posteriores con TCBD, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.</i></p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p> <b>Detección de la infección por el virus de la hepatitis C</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita una y usted cumple con una de estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corres un alto riesgo porque usas o has usado drogas inyectables ilícitas.</li> <li>• Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.</li> <li>• Naciste entre 1945-1965.</li> </ul> <p>Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo , pagamos una prueba de detección. Si tiene alto riesgo ( por ejemplo, si ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos pruebas anuales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</b></p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando se realizan las pruebas. Solicitadas por un médico de atención primaria . Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales de consejería conductual presencial de alta intensidad, de 20 a 30 minutos cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubrimos estas sesiones de consejería como servicio preventivo si las proporciona un profesional de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como un consultorio médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS cubierto por Medicare.</p>


**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p><b>Servicios para tratar la enfermedad renal</b> Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de educación sobre la enfermedad renal de por vida.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente)</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial )</li> <li>• Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar)</li> <li>• Equipos y suministros para diálisis en el hogar</li> <li>• Ciertos servicios de apoyo domiciliario (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua)</li> </ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> en esta tabla .</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total de la diálisis renal.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios de educación sobre la enfermedad renal</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>
<p><b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por día para los días 1 al 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$218</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>(Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A los centros de enfermería especializada a veces se les llama SNF).</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF). No se requiere hospitalización previa .</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales</li> <li>• Servicios de enfermería especializada</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia</li> <li>• Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea).</li> <li>• Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que obtenga en un año calendario o solicitar la donación de sangre propia o de otra persona . Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF</li> <li>• Pruebas de laboratorio que normalmente proporcionan los SNF</li> <li>• Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente prestan los SNF</li> <li>• Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los centros de enfermería especializada</li> <li>• Servicios de médicos/profesionales</li> </ul>	<p>por día para los días 21 al 100.</p> <p>Usted paga el 100% del costo total por los días 101 y posteriores para cada período de beneficio elegible.</p> <p>Los copagos para los beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficio. Un período de beneficio comienza el día de su ingreso y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o SNF después de finalizar un período de beneficio, comienza uno nuevo. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficio.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>


**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>Generalmente, recibe atención en centros de enfermería especializada (SNF) en centros de la red. Bajo ciertas condiciones que se detallan a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red en un centro que no sea proveedor de la red, si este acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital ( siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada)</li> <li>• Un SNF donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que sale del hospital</li> </ul>	
<p> <b>Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)</b></p> <p>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco.</li> <li>• Son competentes y están alertas durante el asesoramiento.</li> <li>• Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento</li> </ul> <p>Cubrimos 2 intentos de abandono al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas , pudiendo el paciente recibir hasta 8 sesiones al año).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare .</p>
<p><b>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</b></p> <p>SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET .</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por visita.</p> <p><i>Los servicios pueden requerir autorización previa.</i></p>


**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consiste en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en pacientes con claudicación.</li> <li>• Realizarse en un entorno ambulatorio de un hospital o en el consultorio de un médico.</li> <li>• Ser administrado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la EAP.</li> <li>• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/enfermero clínico especialista que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas.</li> </ul> <p>El tratamiento SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p><b>Transporte</b></p> <p>El transporte está cubierto A ubicaciones sanitarias aprobadas por el plan. Incluye taxis, servicios de transporte compartido, furgonetas y transporte médico .</p> <p>Programa los transportes con 72 horas de anticipación.</p>	<p>24 viajes de ida al año.</p> <p>Pueden aplicarse límites de kilometraje.</p> <p><i>Se requiere autorización previa</i></p>
<p><b>Servicios urgentemente necesarios</b></p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dadas las circunstancias, obtener este servicio de proveedores</p>	<p>Usted paga un copago de \$30 por visita.</p> <p>está obligado a pagar el copago por atención de urgencia si es admitido en el hospital como paciente internado por la misma afección dentro de los 3 días</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicio cubierto</b>	<b>Lo que pagas</b>
<p>de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.</p>	<p>posteriores a una visita de atención de urgencia.</p> <p><u>Servicios Urgentes – Cobertura Mundial</u></p> <p>Usted paga un copago de \$30 por visita.</p> <p>La cobertura máxima anual de \$25,000 aplica para servicios de emergencia y consultas de atención de urgencia fuera de Estados Unidos. Esto no incluye procedimientos planificados.</p> <p>No está obligado a pagar el copago por atención de urgencia si ingresa al hospital por la misma afección dentro de los 3 días. Sin embargo, una vez superada la urgencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua.</p>
<p> <b>Cuidado de la vista</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.</li> <li>• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma al año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos</li> </ul>	<p>Usted paga un copago de \$30 por cada examen ocular cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare anualmente.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen de detección de retinopatía diabética por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por</p>

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

Servicio cubierto	Lo que pagas
<p>mayores de 50 años y los hispanoamericanos mayores de 65 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año.</li> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no podrá reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda.</li> </ul> <p><b>Cuidado rutinario de la vista*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tienes una asignación de \$200.00 cada año para anteojos (marcos y lentes) o un par de lentes de contacto.</li> <li>• Debe utilizar la red de optometristas y minoristas de National Vision Administrators (NVA).</li> </ul>	<p>anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas</p> <p>Cuidado rutinario de la vista*</p> <p>Usted paga \$0 de copago por un examen de la vista de rutina (hasta uno por año).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por un examen de retina.</p>
<p> <b>Bienvenido a la visita preventiva de Medicare</b></p> <p>Nuestro plan cubre la consulta preventiva única de <i>Bienvenida a Medicare</i> . Esta consulta incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones a otros servicios de atención médica, si los necesita.</p> <p><b>Importante:</b> Cubrimos únicamente la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> Dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> .</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> .</p>

Para garantizar que los beneficios complementarios se proporcionen adecuadamente, los miembros deben completar una evaluación clínica integral cada año del plan. Esta evaluación permite al plan de salud confirmar la elegibilidad y adaptar los servicios. En el

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

caso de ciertos beneficios, solo los miembros con ciertas afecciones médicas pueden calificar. Una evaluación clínica nos permitirá confirmar si el miembro califica o continúa calificando para el beneficio. Para tener tiempo suficiente para completar la evaluación, los miembros deben responder a la solicitud del plan de salud o comunicarse con el plan por su cuenta antes del 30 de junio de 2026, para que se pueda programar una evaluación en cualquier momento del año.

Para obtener información sobre la clasificación de proveedores, consulte el directorio de proveedores en formato PDF en línea en: <https://prominencemedicare.com/get-care/find-a-doctor/provider-and-pharmacy-directories/>

### **SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)**

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de urgencias, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no los cubrirá. La única excepción es si se apela el servicio y, tras la apelación, se determina que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3).

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Cubierto sólo bajo condiciones específicas</b>
<b>Acupuntura</b>	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
<b>Cirugía o procedimientos cosméticos</b>	Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado.  Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Cubierto sólo bajo condiciones específicas</b>
	como para la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
<p><b>Cuidado de custodia</b></p> <p>El cuidado de custodia es un cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	No cubierto bajo ninguna condición
<p><b>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales</b></p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original ha determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>	<p>Puede estar cubierto por Medicare Original bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan</p> <p>(Vaya al Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)</p>
<p><b>Tarifas cobradas por la atención brindada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar</b></p>	No cubierto bajo ninguna condición
<p><b>Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar</b></p>	No cubierto bajo ninguna condición
<p><b>Comidas a domicilio</b></p>	Inmediatamente después de la hospitalización y después de la cirugía
<p><b>Servicios de ama de casa Incluye ayuda doméstica básica, como tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras.</b></p>	No cubierto bajo ninguna condición
<p><b>Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)</b></p>	No cubierto bajo ninguna condición
<p><b>Atención dental no rutinaria</b></p>	La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención ambulatoria o hospitalaria.

**Capítulo 4 Cuadro de beneficios médicos ( qué está cubierto y qué paga)**

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Cubierto sólo bajo condiciones específicas</b>
<b>Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.</b>	Zapatos que forman parte de una ortesis de pierna y están incluidos en el precio de la ortesis. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
<b>Artículos personales en su habitación en un hospital o un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor</b>	No cubierto bajo ninguna condición
<b>Habitación privada en un hospital</b>	Cubierto solo cuando sea médicamente necesario
<b>Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta</b>	No cubierto bajo ninguna condición
<b>Atención quiropráctica de rutina</b>	Hasta un límite de 12 visitas al año
<b>Cuidado dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.</b>	Consulte los beneficios en el Capítulo 4 para obtener más detalles.
<b>Exámenes oculares de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para baja visión.</b>	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implanta una lente intraocular.  Para el cuidado ocular de rutina, consulte el Capítulo 4 para obtener más detalles.
<b>Cuidado rutinario de los pies</b>	cierta cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes) (Límite de 12 visitas por año)
<b>Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar audífonos</b>	Consulte los beneficios en el Capítulo 4 para obtener más detalles.
<b>Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original</b>	No cubierto bajo ninguna condición

# **CAPÍTULO 5:**

## **Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos**

### **SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por los servicios cubiertos**

---

En ocasiones, al recibir atención médica, es posible que deba pagar el costo total. En otras ocasiones, podría pagar más de lo previsto según las normas de cobertura de nuestro plan o recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar un reembolso. Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el costo si ha pagado más de lo que le corresponde por los servicios médicos cubiertos. Es posible que deba cumplir con ciertas fechas límite para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

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 monto superior al que le corresponde. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagar, le notificaremos. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato, aún tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que es posible que necesite solicitarle a nuestro plan que le reembolse o que pague una factura que recibió:

#### **1. Cuando llegaste Atención médica de emergencia o urgentemente necesaria de un proveedor que no está en la red de nuestro plan**

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o urgencia de cualquier proveedor, independientemente de si forma parte de nuestra red o no. En estos casos,

- es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.

## Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

---

- Si paga el importe total al recibir la atención, solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree no adeudar. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
  - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente .
  - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

### 2. Cuando un proveedor de red te envía una factura que crees que no deberías pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y cobrarle solo su parte del costo. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos . No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldo** . Esta protección (que nunca pague más que su costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Si recibe una factura de un proveedor de la red que considere que supera el monto que debería pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía 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 pasó. La fecha de inscripción puede incluso haber sido del año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo alguno de los servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte de los costos. Debe presentar la documentación, como recibos y facturas, para que podamos gestionar el reembolso.

## Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

---

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

### SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió

---

Puede solicitarnos el reembolso llamándonos o Enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es recomendable hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe presentar su reclamación dentro de los 10 días posteriores** a la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web [www.prominencemedicare.com](http://www.prominencemedicare.com) o llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario.

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

<b>Servicios médicos</b>
Plan de salud Prominence
1510 Meadow Wood Lane
Reno, NV 89502

### SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no.

---

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

## **Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos**

---

- Si determinamos que la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo . Si ya pagó el servicio, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta , o usted no la recibió *Si no* cumple con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del coste. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho a apelar la decisión.

### **Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica , puede presentar una apelación.**

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Al presentar una apelación, nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7.

# CAPÍTULO 6:

## Sus derechos y responsabilidades

### **SECCIÓN 1      Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales**

---

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

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluyendo a quienes tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o personas de diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo si la necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que le sea conveniente, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas 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 para mujeres.

no hay proveedores disponibles para una especialidad en la red de nuestro plan, nuestro plan es responsable de encontrar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde obtener este servicio con el costo compartido dentro de la red.

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, Llame para presentar una queja ante Servicios para Miembros . También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

### **Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a los servicios cubiertos**

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan para que le brinde y gestione sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en un plazo razonable* . Esto incluye el derecho a recibir atención oportuna de especialistas cuando la necesite.

Si cree que no está recibiendo atención médica dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 7 le indica lo que puede hacer.

### **Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal**

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historial médico e información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y con el control del uso de su información médica . Le enviamos un aviso por escrito, denominado *Aviso de Prácticas de Privacidad* . eso informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

### **¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?**

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni modifiquen sus registros.
- Salvo las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a alguien que no le brinde ni pague su atención, *primero debemos obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien le haya dado poder legal para tomar decisiones por usted*.
- Existen ciertas excepciones que no requieren su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por ley.

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

- Estamos obligados a divulgar información sanitaria a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica . Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y regulaciones federales ; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de forma única .

### **Podrás ver la información en tus registros y saber cómo está Se ha compartido con otros**

Tiene derecho a consultar su historial médico en nuestro plan y a obtener una copia. Podemos cobrarle por las copias. También tiene derecho a solicitarnos que hagamos adiciones o correcciones a su historial médico. Si nos lo solicita, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios .

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Como miembro de *Prominence Veteran HMO* , tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan** . Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red**. Tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo les pagamos .
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al usarla**. Los capítulos 3 y 4 ofrecen información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre por qué un servicio médico no está cubierto y qué puede hacer al respecto**. El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico no está cubierto o si su

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

cobertura está restringida . El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que modifiquemos una decisión, lo que se conoce como apelación.

### **Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención.**

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros profesionales de la salud. Sus profesionales deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de forma que usted pueda comprenderlas* .

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

- **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 .
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su atención médica. Debe ser informado con antelación si algún tratamiento o atención médica propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental .
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomarlos, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

### **Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.**

A veces, las personas se ven incapaces de tomar decisiones sobre su salud debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea* , puede:

- Complete un formulario escrito para darle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez deja de poder tomar decisiones por sí mismo.
- **Proporcione a sus médicos instrucciones escritas** sobre cómo desea que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones antes de estas situaciones se denominan **Instrucciones anticipadas**. Documentos como un **testamento vital** y un **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

### Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Consigue un formulario.** Puedes obtener un anticipo. Formulario de directiva de su abogado, un trabajador social o alguna tienda de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Llene el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde lo obtenga, es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia a su médico y a la persona que usted indique en el formulario, quien podrá tomar decisiones por usted si usted no puede. También puede entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

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

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

**Completar una directiva anticipada es su decisión** (incluso si desea firmarla si está hospitalizado). Según la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarle por haber firmado o no una directiva anticipada.

### no se siguen sus instrucciones

Si firma una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones contenidas en ella, puede presentar una queja ante el *Departamento de Salud del Estado*.

### Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos.

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica qué puede hacer. Sea cual sea su decisión sobre la cobertura, su apelación o su queja, **estamos obligados a brindarle un trato justo**.

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

---

### Sección 1.7 Si usted cree que está ser tratado injustamente o no se respetan sus derechos

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, llame 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 llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si crees que lo has hecho ¿Ha sido tratado injustamente o no ha respetado sus derechos? Se ha respetado y es *No* se trata de discriminación, puedes obtener ayuda para lidiar con el problema que tienes en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** . Para más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

### Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a los Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llama a tu SHIP local** . Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **Contacto Seguro médico del estado**
  - Visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: [www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf](http://www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf))
  - Llame al 1-800-MEDICARE ( 1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

## SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

---

, se detallan los pasos que debe seguir como miembro de nuestro plan . Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer qué está cubierto y las normas que debe seguir para obtenerlos.
  - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud Además de nuestro plan, estás obligado a informarnos.** El capítulo 1 le informa sobre 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 siempre que reciba atención médica.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
  - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúen de forma que contribuyan al buen funcionamiento de su consultorio médico, hospitales y demás consultorios.
- **Paga lo que debes.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para algunos de los servicios médicos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio.
- **Si se muda dentro del área de servicio de nuestro plan , necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan , usted No puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

# **CAPÍTULO 7:**

## **Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

### **SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud**

---

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, es necesario utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, es necesario utilizar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas reclamaciones).

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare . Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir .

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

#### **Sección 1.1 Términos legales**

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la comprensión, este capítulo utiliza términos más familiares en lugar de algunos términos legales .

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos usar para obtener la ayuda o información adecuadas, incluimos estos términos legales al brindar detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **SECCIÓN 2      Dónde obtener más información y ayuda personalizada**

---

estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, también podría necesitar ayuda u orientación de alguien ajeno a nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

#### **Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud (SHIP)**

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe seguir para abordar su problema. También pueden responder preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

#### **Seguro médico del estado**

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Para usuarios de TTY, llame al 1-877-486-2048.
- Visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

### **SECCIÓN 3      ¿Qué proceso utilizar para su problema?**

---

#### **¿Su problema o inquietud es acerca de sus beneficios o cobertura?**

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos de la Parte B) están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

**Sí.**

Ir a **la sección 4. Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

**No.**

**Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

Vaya a la **Sección 9, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes.**

---

**Decisiones de cobertura y apelaciones**

---

**SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones**

---

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan 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 artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. **El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones** se utiliza para cuestiones como la cobertura y la forma en que se cubre un servicio.

**Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios**

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos 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 monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de nuestra red lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibieron una notificación de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* aclare que el servicio derivado nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o se niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

se desestimaré una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en que se desestimaré una solicitud incluyen si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando el motivo de la desestimación y cómo solicitar una revisión.

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

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### 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 solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación acelerada o rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es tramitada por 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 verificar si seguimos las reglas correctamente. Al finalizar la revisión, le damos... Tú eres nuestra decisión.

se desestimarán una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no la revisaremos. Algunos ejemplos de casos en que se desestimarán una solicitud incluyen si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos una notificación explicando el motivo de la desestimación y cómo solicitar una revisión de la misma.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente no conectada con nosotros.

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

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles de apelación adicionales (este capítulo explica los procesos de apelaciones de Niveles 3, 4 y 5).

### Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Aquí encontrará recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) )
  - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico 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.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante y así solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) ). Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
  - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podremos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud será desestimada . En tal caso, le enviaremos una notificación 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 un abogado.** Puede contactar a su propio abogado o solicitar el nombre de uno en su colegio de abogados local o en otro servicio de referencia . Hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. A continuación, se detallan cada una de ellas:

- **Sección 5** : Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** : Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que está ser dado de alta demasiado pronto
- **Sección 7** : Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios*: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF))

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

## SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

---

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

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

En esta sección te explicamos lo que puedes hacer si te encuentras en alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre .  
**Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que está cubierta por nuestro plan.  
**Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

**Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

---

3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le dijimos que no la pagaríamos. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan y desea solicitarle un reembolso. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted cree que reducirla o suspenderla podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

**Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF), vaya a las Secciones 6 y 7. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.**

**Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura****Términos legales:**

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

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

**Paso 1: Decide si necesitas una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.**

**Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas, para los servicios médicos, o 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una cobertura rápida Para tomar una decisión, debes cumplir 2 requisitos:**

- *Solo* puedes solicitar cobertura para gastos médicos artículos y/o servicios (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar pudiera causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de recuperar sus funciones.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

**Si su médico nos dice que su salud requiere una cobertura rápida decisión, aceptaremos automáticamente brindarle una cobertura rápida decisión.**

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

- Explica que utilizaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
- Explica que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de brindarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

**Paso 2 : Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.**

- Comience 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. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

**Paso 3 : Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.**

*Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.*

**Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud para un artículo o servicio médico sujeto a sus normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud.**

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* demorarnos más, puede presentar una *queja rápida* . Le daremos una respuesta tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

presentar una queja es diferente al de las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas).

***Para tomar decisiones de cobertura rápidas utilizamos un marco de tiempo acelerado .***

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

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* demorarnos más, puede presentar una *queja rápida* . (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no.

**Paso 4 : Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.**

- Si rechazamos la solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura médica que desea. Si presenta una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

### Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

#### **Términos legales:**

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

Una apelación rápida también se llama una **reconsideración acelerada** .

**Paso 1: Decide si necesitas una apelación estándar o una apelación rápida.**

**Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza dentro de las 72 horas.**

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Si tu estas Al apelar una decisión que tomamos sobre la cobertura de su atención médica, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida , se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 5.2.

### Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitarla llamándonos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de buena causa pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación .** Estamos autorizados a cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

### Paso 3 : Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas al rechazar su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y podremos comunicarnos con usted o con su médico.

### *Plazos para una apelación rápida*

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación** . Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle , **Puede tomar hasta 14 más días calendario** si su solicitud es de un artículo o servicio médico . Si nos tomamos días adicionales, se lo

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del plazo extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 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 que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

### **Plazos para una apelación estándar**

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión lo antes posible si su condición de salud así lo requiere.
  - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 más días calendario** si su solicitud es de un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
  - Si considera que no deberíamos demorarnos más, puede presentar una queja rápida. Al presentar una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
  - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al finalizar el plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente la revisará. La Sección 5.4 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 dentro de los 30 días calendario si su solicitud es

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

### Sección 5.4 El 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**.

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

#### Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información **se** denomina expediente. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

#### ***Si tuviste una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrás una apelación rápida en el Nivel 2.***

- Para la apelación rápida, el La organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de 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 calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

***Si tuviste una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrás una apelación estándar en el Nivel 2.***

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a su recepción. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a su recepción.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

### **Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.**

te lo dirá su decisión por escrito y explicará las razones de la misma.

- **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 dentro de **las 72 horas** o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario. Tras recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar**. Para **las solicitudes aceleradas**, disponemos de **72 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba total o parcialmente una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizarlo o proporcionarlo dentro de **las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar**. Para **las solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para atención médica no debe ser aprobado. (Esto se llama **(confirmando la decisión o rechazando su apelación)**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
  - Explica la decisión.
  - informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. La notificación escrita que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará el

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.

- explica cómo presentar una apelación de nivel 3.

### **Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación más allá.**

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

### **Sección 5.5 Si nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica**

El Capítulo 7 describe cuándo puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura recibida de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

#### **Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura .**

Si nos envía la documentación solicitando un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta . También verificaremos si cumplió con las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aprobamos su solicitud :** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con las normas, le enviaremos el pago correspondiente a nuestra parte del costo, generalmente en un plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o no *cumplió* con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta indicando que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago, **puede presentar una apelación** . Al hacerlo, nos solicita que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3 .

Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos solicita el reembolso de la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación acelerada.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó dentro de 60 días calendario.

## **SECCIÓN 6      Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que está ser dado de alta demasiado pronto**

---

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a obtener 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 de su alta. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de su alta.

- El día en que usted sale del hospital se llama **fecha de alta** .
- Cuando se decida su fecha de alta , su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si crees que eres Si le piden que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital y su solicitud será considerada .

### **Sección 7.1      Durante su estadía en el hospital, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sobre sus derechos.**

Dentro de los 2 días calendario siguientes a su ingreso al hospital, se le realizará una Recibirá un aviso por escrito llamado "*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*". Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### 1. Lea este aviso atentamente y pregunte si no lo entiende. Le informa:

- 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 cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que está Dar de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta, para que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.

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

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso *solo demuestra* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa...** Estás acordando una fecha de alta.

### 3. Conserve su copia del aviso para tener 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 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta .
- Para consultar una copia de este aviso con antelación, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en [www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im) .

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

Para solicitarnos que cubramos sus servicios de hospitalización por un período más largo, utilice el proceso de apelaciones. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso**
- **Cumplir con los plazos**

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- **Solicite ayuda si la necesita** . Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) . O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación.** Verifica si la fecha de alta prevista es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica 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 el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.**

### ***¿Cómo puedo contactar con esta organización?***

- El aviso escrito que recibió ( *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos* ) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

### ***Actúa rápidamente:***

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad *antes de salir del hospital y a más tardar a la medianoche del día de su alta* .
  - **Si cumple con este plazo** , puede permanecer en el hospital *después de su fecha de alta sin pagar nada* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
  - **Si no lo haces Cumplir con este plazo, contáctenos.** Si Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Al mediodía del día siguiente a la fecha de contacto , le enviaremos un **Aviso Detallado de Alta** . Este aviso indica su fecha de alta prevista y explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una muestra del aviso en línea en [www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

### **Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Al mediodía del día siguiente a la notificación de su apelación por parte de los revisores, recibirá una notificación por escrito con la fecha de alta prevista. Esta notificación también explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

### **Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.**

#### ***¿Qué pasa si la respuesta es sí?***

- Si la organización de revisión independiente dice *que sí*, **debemos seguir brindándole su cobertura de hospitalización. servicios hospitalarios durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, podría haber limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

#### ***¿Qué pasa si la respuesta es no?***

- Si la organización de revisión independiente dice que *no*, significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para su hospitalización... Los servicios hospitalarios finalizarán** al mediodía del día siguiente a que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

### **Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.**

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación y usted permanece hospitalizado después de su fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

### **Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, podría tener que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta programada.

### **Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de Calidad y solicite otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención .

### **Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a examinar con atención toda la información sobre su apelación.

### **Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a 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 que sí:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. Debemos

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

**seguir brindándole cobertura. para su paciente hospitalizado atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario .**

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

***Si la organización de revisión independiente dice que no:***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- El aviso que recibirá le informará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

**Paso 4: Si la respuesta es no, debes decidir si quieres continuar con tu 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 desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

## **SECCIÓN 7      Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto**

---

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

Cuando decidamos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención, debemos informarle con antelación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo .*

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión** . Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### Sección 7.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

#### Término legal:

**Aviso de No Cobertura de Medicare.** Le informa cómo solicitar una **apelación acelerada**. Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

- 1. Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informa:
  - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
  - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención médica durante un período de tiempo más largo .
- 2. Se le pedirá a usted , o a alguien que actúe en su nombre, que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió.** Firmar la notificación *solo demuestra* que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

### Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención médica por un período más largo , deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Sigue el proceso.**
- **Cumplir con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita .** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) . O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada . La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

**Durante una Apelación de nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación.** Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para los beneficiarios de Medicare. Esto incluye revisar las

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

decisiones del plan sobre cuándo es el momento de suspender la cobertura de 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 con rapidez.**

### ***¿Cómo puedo contactar con esta organización?***

- El aviso escrito que recibió ( *Aviso de No Cobertura de Medicare* ) le indica cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

### ***Actúa rápidamente:***

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del *Aviso de No Cobertura de Medicare* .
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *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 se encuentran en el Capítulo 2.

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

### **Término legal:**

**Explicación detallada de la no cobertura.** Aviso que detalla los motivos de la finalización de la cobertura.

### ***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores* ) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les proporcione nuestro plan.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá la *Explicación detallada de la no cobertura*. de nosotros que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

**Paso 3: Dentro de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.**

### ***¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?***

- Si los revisores responden *afirmativamente* a su apelación, entonces **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en los servicios cubiertos.

### ***¿Qué pasa si los revisores dicen que no?***

- Si los revisores dicen que *no*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos**.
- Si decide seguir recibiendo atención médica domiciliaria, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios del Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después de* esta fecha en la que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

**Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.**

- Si los revisores responden que *no* a su apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención médica después de que su cobertura haya finalizado, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

### **Sección 7.3    Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado**

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita 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, podría tener que pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF). *después de* la fecha en la que dijimos que su cobertura terminaría.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### **Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de Calidad y solicite otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención médica después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

### **Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.**

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a examinar con atención toda la información sobre su apelación.

### **Paso 3: Dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.**

#### ***¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que sí?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría. **Debemos seguir brindándole cobertura.** para el cuidado durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

#### ***¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que no?***

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará 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, deberá decidir si desea continuar con su apelación.**

- Hay tres niveles de apelación adicionales después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco . Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá tras la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

---

#### Sección 8.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas .

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, podrá presentar apelaciones adicionales. Si el valor en dólares es inferior al mínimo , no podrá presentar más apelaciones. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de apelación, los tres últimos niveles funcionan de forma muy similar a los dos primeros . A continuación, se detalla quién gestiona 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 trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez Administrativo o el abogado adjudicador aprueba su apelación, el proceso de apelación *podría concluir o no* .** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, se procederá a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con la documentación adjunta . Podríamos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador dice que no a su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no terminar* .**
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

### 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 afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *podría concluir o no*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión ante el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no terminar*.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten presentar una apelación de Nivel 5 y cómo proceder con ella.

### Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si su solicitud *es válida o no*. *Esta es una decisión definitiva*. No hay más instancias de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

---

## Presentar quejas

---

### SECCIÓN 9      **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

---

#### Sección 9.1      **¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?**

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas, como problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que gestiona el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respetando su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?</li> </ul>
<b>Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso contigo?</li> <li>• ¿No está satisfecho con nuestros servicios para miembros?</li> <li>• ¿Sientes que estás? ¿Se les anima a abandonar nuestro plan?</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o está esperando demasiado tiempo para conseguirla?</li> <li>• ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o para obtener una receta.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?</li> </ul>
<b>Información que usted recibe de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No le dimos el aviso requerido ?</li> <li>• ¿Es difícil entender nuestra información escrita?</li> </ul>
<b>Puntualidad</b> (Este tipo de quejas se refieren a la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí tiene algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y le dijimos que no; puede presentar una queja.</li> <li>• Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja.</li> </ul>

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos que fueron aprobados , puede presentar una queja.</li> <li>• Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.</li> </ul>

### Sección 9.2 Cómo presentar una queja

#### Términos legales:

Una **queja** También se le **llama** queja .

**Presentar una queja** se llama **Presentar una queja** .

**Utilizando el proceso para quejas** se llama **utilizando el proceso para presentar una queja** .

Una **queja rápida** se llama **queja acelerada** .

#### Paso 1: Contáctenos lo antes posible, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Normalmente, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) .** Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si la presenta por escrito, le responderemos por escrito .
- El **plazo** para presentar una reclamación es de 60 días naturales desde el momento en que se produjo el problema sobre el que se desea reclamar.

#### Paso 2: Analizamos 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 responden en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora le conviene, o si solicita más tiempo, **podemos tardar hasta 14 días naturales adicionales** (44 días naturales en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.

## Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

---

- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de decisión rápida de cobertura o apelación rápida, le daremos automáticamente una queja rápida.** Esto significa que le daremos una **respuesta en un plazo de 24 horas** .
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema del que se queja, Incluya nuestras razones en nuestra respuesta.

### Sección 9.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad

Cuando su queja sea sobre *la calidad de la atención* , tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la Mejora de la Calidad** . Esta organización es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización de Mejora de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo** .

### Sección 9.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre *Prominence Veteran HMO* directamente a Medicare. Para presentar una queja, visite [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint) . También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 8:

## Fin de la membresía en nuestro plan

### SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

---

La finalización de su membresía en *Prominence Veteran HMO* puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Podrías abandonar nuestro plan Porque decides darte *de baja*. Las secciones 2 y 3 te informan sobre cómo darte de baja voluntariamente.
- existen situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

### SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

---

#### Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Tú Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante este período, revise su cobertura médica y decida sobre la del año siguiente.

- **El período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre** .
- **Puede optar por mantener su cobertura actual o modificarla para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare , con o sin cobertura de medicamentos ,
  - Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado, o
  - Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

## **Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**

Puede realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el período **Medicare Advantage Período de inscripción abierta** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho a la misma.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, usted puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos .
  - Cancele su suscripción a nuestro plan y obtenga cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare independiente al mismo tiempo .
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes siguiente a su inscripción en otro plan Medicare Advantage o a la recepción de su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de inscripción.

## **Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial**

En ciertas situaciones, los miembros de *Prominence Veteran HMO* pueden tener derecho a cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial** .

**Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial** Si se aplica alguna de las siguientes situaciones . Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) .

- Por lo general, cuando te mudas
- Si tiene Medicaid
- Si violamos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)

**Los plazos de inscripción varían** según tu situación.

**Para saber si cumple los requisitos para un Período de Inscripción Especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si cumple los requisitos para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado, o
- Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.

**Su membresía generalmente finalizará** el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambio de plan.

#### **Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía**

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía puede :

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encuentre la información en ***Medicare & You 2026*** manual
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan**

La siguiente tabla explica cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.

<b>Para cambiar de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debes hacer:</b>
<b>Otro plan de salud de Medicare</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.</li><li>• Su inscripción en <i>Prominence Veteran HMO</i> será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li></ul>
<b>Medicare original <i>con</i> un plan de medicamentos de Medicare separado</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.</li></ul>

<p><b>Medicare original <i>sin</i> un plan de medicamentos de Medicare separado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Su inscripción en <i>Prominence Veteran HMO</i> será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li><li>• <b>Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea .</b> Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo.</li><li>• También puede llamar a <b>Medicare</b> al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar su baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</li><li>• Se le cancelará su afiliación a <i>Prominence Veteran HMO</i> cuando comience su cobertura en Medicare Original.</li></ul>
---	--

#### **SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan**

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de red para obtener atención médica.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su estadía en el hospital estará cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (incluso si recibe el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

#### **SECCIÓN 5 *Prominence Veteran HMO* debe finalizar nuestra membresía del plan en determinadas situaciones**

***Prominence Veteran HMO* debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses

- Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está dentro del plan. área
- Si usted es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan, y dicha información afecta su elegibilidad para el mismo, no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare.
- Si se comporta continuamente de forma disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. ( No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. ( No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
  - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podrá solicitar que el Inspector General investigue su caso.
  - Debemos notificarle por escrito que tiene 2 meses calendario para pagar la prima de nuestro plan antes de finalizar su membresía.

Si tiene preguntas o desea más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía , llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

### **Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud**

*Prominence Veteran HMO* No está permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud .

#### **¿Qué debes hacer si esto sucede?**

Si sientes que estás Si le piden que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare. al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) . Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan**

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

# CAPÍTULO 9:

## Avisos legales

### **SECCIÓN 1      Aviso sobre la ley aplicable**

---

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* Este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo dicha ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, podrían aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde reside. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este documento.

### **SECCIÓN 2      Aviso sobre no discriminación**

---

#### **La discriminación es ilegal**

El Plan de Salud Prominence cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, estado de salud ni sexo. El Plan de Salud Prominence no excluye ni trata a las personas de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, estado de salud ni sexo.

Plan de Salud Prominence:

- ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como:
  - Intérpretes de lengua de señas cualificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas
- No niega, limita ni condiciona la cobertura o prestación de beneficios a ningún factor relacionado con el estado de salud, incluida la condición médica, tanto mental como

**Avisos legales**

---

física, experiencia en reclamos, recepción de atención médica, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad, incluidas las condiciones que surjan de actos de violencia doméstica o discapacidad.

- No diseña el plan y sus beneficios para desalentar sustancialmente la inscripción de ciertas personas elegibles o de un afiliado que desarrolle una enfermedad renal en etapa terminal mientras está inscrito y no pueda ser dado de baja por ese motivo.
- Prominence Health Plan también emite un Aviso de no discriminación para sus planes MA para garantizar que los afiliados no sean discriminados en la prestación de servicios de atención médica, de acuerdo con los beneficios cubiertos en su póliza, por motivos de raza, etnia, origen nacional, religión, género, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética o fuente de pago.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente. Si considera que Prominence Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Prominence Health Plan, 1510 Meadow Wood Lane, Reno, NV 89502, 855-969-5882, TTY/TDD: 711 o fax: 775-770-9360.

Puede presentar una queja en persona, por correo postal o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Servicio de Atención al Cliente está a su disposición.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.,

Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
200 Avenida Independencia, SO  
Habitación 509F, Edificio HHH  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>

**No discriminamos** por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, comprobante de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen Planes Medicare Advantage, como

**Avisos legales**

---

nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales **contra** la discriminación, incluyendo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, el Artículo 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [www.HHS.gov/ocr/index.html](http://www.HHS.gov/ocr/index.html).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) . Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

### **SECCIÓN 3      Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare**

---

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, *Prominence Veteran HMO* , como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la Parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

# CAPÍTULO 10:

## Definiciones

**Centro de Cirugía Ambulatoria** – Un Centro de Cirugía Ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no exceda de 24 horas.

**Apelación** : Puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de salud o el pago de servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

**Facturación de saldo** : Cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente un monto superior al de costos compartidos permitido por nuestro plan. Como miembro de *Prominence Veteran HMO* , solo tiene que pagar los costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por este. No permitimos que los proveedores **facturen saldos** ni le cobren más de lo que nuestro plan le exige pagar.

**Período de Beneficios** : La forma en que Medicare Original mide su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada después de que finalice un período de beneficios, comienza uno nuevo. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No hay límite para el número de períodos de beneficios.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)** : la agencia federal que administra Medicare.

**Plan de Necesidades Especiales de Atención Crónica (C-SNP)** – Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades crónicas y graves específicas.

**Coseguro** : una cantidad que posiblemente deba pagar , expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios después de pagar los deducibles.

## Capítulo 10 Definiciones

---

**Queja** : El nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal** . El proceso de quejas se utiliza *Solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. También incluye quejas. Si nuestro plan no sigue los plazos en el proceso de apelación.

**Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF)** – Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

**Copago (o copago)** : Cantidad que podría tener que pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta médica, una consulta ambulatoria en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10) , no un porcentaje.

**Costo compartido** : el costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Se obtienen . El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto de copago fijo que un plan exige al obtener un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier monto de coaseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige al obtener un servicio o medicamento específico.

**Servicios cubiertos** : término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

**Cobertura de medicamentos recetados válida** : Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que , en promedio, cubre al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Quienes tienen este tipo de cobertura al ser elegibles para Medicare generalmente pueden mantenerla sin pagar una multa si deciden inscribirse posteriormente en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Cuidados de custodia** : Los cuidados de custodia son cuidados personales que se brindan en un hogar de ancianos, un hospicio u otro centro cuando no se necesita atención médica especializada ni de enfermería especializada. Los cuidados de custodia, proporcionados por personas sin habilidades ni formación profesional, Incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o silla, desplazarse e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de las personas se realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no cubre la atención de custodia.

**Capítulo 10 Definiciones**

---

**Deducible** – La cantidad que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

**Cancelación de la inscripción o Desafiliación** : El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

**Planes de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP):** Los D-SNP inscriben a personas con derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

**Persona con doble elegibilidad** : persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

**Equipo Médico Duradero (EMD)** : Cierta equipo médico que su médico le solicita por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

**Emergencia** – A emergencia médica Se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

**Atención de emergencia** : Servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

**Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación** : este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional 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.

**Ayuda adicional** : un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

## Capítulo 10 Definiciones

---

**Queja** : Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluyendo una queja sobre la calidad de su atención. Esto no incluye disputas de cobertura ni pagos.

**Asistente de salud a domicilio** : persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de una enfermera o un terapeuta autorizado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

**Hospicio** : un beneficio que brinda un tratamiento especial a un miembro que tiene Ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige hospicio y continúa pagando las primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

**Estancia hospitalaria como paciente internado**: una estadía en el hospital cuando Ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio.

**Período de inscripción inicial**: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

**Plan Institucional de Necesidades Especiales (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) durante al menos 90 días seguidos en ciertas instalaciones a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en instalaciones (FI-SNP).

**Plan de Necesidades Especiales Equivalente Institucional (IE-SNP)** – Un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro .

**Subsidio para bajos ingresos (LIS)** : vaya a Ayuda adicional.

**Monto máximo de desembolso personal** – El máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. *Cantidades* que paga por nuestros Las primas del plan y las primas de las Partes A y B de Medicare no cuentan para el monto máximo de desembolso personal.

## Capítulo 10 Definiciones

---

**Medicaid (o Asistencia Médica)** – Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

**Medicamento necesario** : servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

**Medicare** : el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años 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).

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** – El período del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante 3 meses después de que una persona sea elegible por primera vez para Medicare.

**Plan Medicare Advantage (MA)** : A veces llamado Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados** . *Prominence Veteran HMO* no ofrece cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

**Servicios cubiertos por Medicare** – Servicios cubiertos por las Partes A y 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, atención dental o audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

**Plan de salud de Medicare** : un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar la Parte A y la Parte B. Beneficios B para las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término

## Capítulo 10 Definiciones

---

incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costo de Medicare, Planes para Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Piloto y Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D)** : seguro para ayudar a pagar medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare)** : Seguro suplementario de Medicare ofrecido por aseguradoras privadas para cubrir *las carencias* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Miembro (Miembro de nuestro Plan o Miembro del Plan)** : Una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

**Servicios para miembros** : un departamento dentro de nuestro plan Responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

**Proveedor de la Red : Proveedor** es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y el estado para brindar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago completo y, en algunos casos, coordinar y brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores de planes** .

**Período de inscripción abierta:** el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

**Determinación de la Organización** : Una decisión que toma nuestro plan sobre la cobertura de los artículos o servicios , o el monto que usted debe pagar por ellos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

**Medicare original ( Medicare tradicional o de pago por servicio) Medicare )** Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, según los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar con cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare

## Capítulo 10 Definiciones

---

y usted paga la suya. Medicare Original consta de dos partes: la Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

**Proveedor o centro fuera de la red** : Un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a sus miembros. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni están operados por nuestro plan.

**Costos de bolsillo** : Consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como requisito de costos de bolsillo del miembro.

**Plan PACE** : Un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas frágiles, a fin de ayudarles a mantener su independencia y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

**Parte C** – Ir al plan Medicare Advantage (MA).

**Parte D** – El Programa de beneficios voluntarios de medicamentos recetados de Medicare.

**Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO)** : Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se obtienen de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en los costos de bolsillo totales combinados por servicios de proveedores dentro y fuera de la red (no preferidos).

**De primera calidad** – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por gastos médicos o medicamentos recetados. cobertura.

**Servicios preventivos** – Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

**Médico de Atención Primaria (PCP)** : El médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe

## Capítulo 10 Definiciones

---

consultar a su médico de atención primaria antes de consultar a cualquier otro profesional de la salud.

**Autorización previa** Aprobación previa para recibir servicios según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se indican en la Tabla de Beneficios Médicos. Capítulo 4.

**Prótesis y órtesis** : dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)** : Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

**Referencia** – Una orden escrita de su médico de cabecera para que usted visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no cubra los servicios de un especialista.

**Servicios de rehabilitación** : estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

**Vía de Servicio** – Un área geográfica donde debe vivir para afiliarse a un plan de salud específico . En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no urgentes). Nuestro plan debe cancelar su afiliación si se muda permanentemente fuera de su área de servicio.

**Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF):** Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación que se brindan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas, que solo pueden ser administradas por un enfermero titulado o un médico.

**Período de Inscripción Especial:** Un período determinado en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o medicamentos, o regresar a Medicare Original. Entre las situaciones en las que podría ser elegible para un Período de Inscripción Especial se incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a una residencia de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

**Capítulo 10 Definiciones**

---

**Plan de Necesidades Especiales:** Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

**Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)** – Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los del Seguro Social.

**Servicios de Urgencia :** Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia se considera de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas las circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

## Servicios para miembros de HMO para veteranos de Prominence

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
<b>Llamar</b>	<p>1-855-969-5882</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>El Servicio para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
<b>Teléfono de texto</b>	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.</p>
<b>Fax</b>	1-775-770-9004
<b>Escribir</b>	<p>Plan de Salud Prominence  , 1510 Meadow Wood Lane,  Reno, NV 89502</p>
<b>Sitio web</b>	<a href="http://www.prominencemedicare.com">www.prominencemedicare.com</a>

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Método	Información del contacto
<b>Llamar</b>	1-844-826-2085
<b>Teléfono de texto</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.</p>
<b>Escribir</b>	<p>Servicios para el Envejecimiento y la Discapacidad  3416 Goni Road, Edificio D-132  Carson City, NV 89706  Correo electrónico: <a href="mailto:adsd@adsd.nv.gov">adsd@adsd.nv.gov</a></p>
<b>Sitio web</b>	<a href="https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog">https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog</a>

**Declaración de divulgación de la PRA.** Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.