Plan 2019

PROMINENCE PLUS HMO
PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE

Evidencia de cobertura

Para los condados de Brooks, Hidalgo y Starr

Y0109_STXPLEOC19 SP_C

Prominence® Health Plan

Del 1.° de enero al 31 de diciembre de 2019

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios para la salud y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de *Prominence Plus (HMO)*.

En el presente folleto encontrará información sobre su atención médica y cobertura de medicamentos con receta de Medicare desde el 1.° de enero hasta el 31 de diciembre de 2019. Además, encontrará una explicación para obtener la cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, *Prominence Plus (HMO)* es ofrecido por *Prominence Health Plan*.
(El uso de "nosotros", "nuestro" o "nos" en la presente *Evidencia de cobertura* refiere a *Prominence Health Plan*. El uso de "el plan" o "nuestro plan" refiere a *Prominence Plus (HMO)*.

Prominence Health Plan es un plan HMO contratado por Medicare. La inscripción en *Prominence Health Plan* depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible de forma gratuita en idioma español.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-969-5882. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1.° de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1.° de abril hasta el 30 de septiembre.

Este documento está disponible en otros formatos, como en letra de imprenta grande y braille.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de 2020.

La lista de medicamentos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Y0109_STXPLEOC19 SP_C Archivo y uso [10/17/2018]

Evidencia de cobertura para el 2019

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es un punto de inicio. Si desea obtener más ayuda para buscar información que necesita, consulte la primera página de los capítulos. **Al comienzo de cada capítulo encontrará una lista detallada de temas.**

Capítulo 1 Sus primeros pasos como miembro 4

Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Menciona los documentos que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, su tarjeta de afiliación al plan y la actualización de su registro de miembro.

Capítulo 2 Recursos y números de teléfono importantes 24

Indica cómo ponerse en contacto con nuestro plan *Prominence Plus (HMO)* y con otras organizaciones, entre ellas, Medicare, el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés), la Organización de Mejora de Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para las personas que tienen bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de Retiro Ferroviario de los EE. UU.

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos 43

Explica cuestiones importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores dentro de la red del plan y cómo recibir atención cuando tiene una emergencia.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar) 60

Brinda detalles sobre los tipos de atención médica que están cubiertos y los que *no* están cubiertos como miembro de nuestro plan. Explica los montos que deberá pagar cuando comparte el costo de su atención médica cubierta.

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D 111

Explica las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo usar el *Formulario para 2019 (Listado de medicamentos cubiertos)* del plan para conocer los medicamentos que tienen cobertura. Indica los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. Explica los diversos tipos de restricciones que pueden aplicarse a la cobertura de algunos medicamentos. Indica dónde se surten las recetas. Brinda información sobre los programas del plan para la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D 137

Describe las cuatro etapas de la cobertura de medicamentos (Etapa deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de brecha de cobertura, Etapa de cobertura catastrófica) y cómo afectan los montos que usted debe pagar por los medicamentos. Explica los 6 niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y le indica qué suma debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7 ¿Cómo nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos? 157

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando usted quiere solicitarnos el rembolso de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades 165

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Le informa sobre lo que puede hacer si usted cree que se han vulnerado sus derechos.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 186

Ofrece instrucciones paso a paso para lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones, si tiene problemas para recibir atención médica o medicamentos con receta que, según su buen juicio, están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye la solicitud de excepciones a las normas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos con receta y la solicitud para continuar con la cobertura de la atención hospitalaria y de ciertos tipos de servicios médicos si usted cree que su cobertura ha sido demasiado breve.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio de atención al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10 Finalización de su membresía al plan 248

Explica cuándo y cómo puede dar por terminada su afiliación en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan debe dar por terminada su afiliación.

Capítulo 11 Avisos legales 258

Incluye avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes 262

Explica los términos clave que se usan en el presente folleto.

CAPÍTULO 1

Sus primeros pasos como miembro

Capítulo 1 Sus primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 6
Sección 1.1 Usted está afiliado a *Prominence Plus (HMO)*, que es un plan HMO de Medicare 6
Sección 1.2 ¿Qué es el folleto *Evidencia de cobertura*? 6
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 6

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad para inscribirse a un plan 7
Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad 7
Sección 2.2 ¿Qué es la Parte A y la Parte B de Medicare? 7
Sección 2.3 Aquí está el área de servicio del plan para *Prominence Plus (HMO)* 7
Sección 2.4 Ciudadanía o residencia legal en los Estados Unidos 8

SECCIÓN 3 Otros documentos que le entregaremos 8
Sección 3.1 Su tarjeta de afiliación al plan. Úsela para recibir toda la atención y los medicamentos con receta de su cobertura 8
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: Su guía para todos los proveedores y farmacias dentro de la red del plan 9
Sección 3.3 Lista de fármacos cubiertos *(Formulario)* del plan 10
Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): Informes que resumen los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D 10

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Prominence Plus (HMO) 11
Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar por la prima de su plan? 11

SECCIÓN 5 ¿Está obligado a pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 12
Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 12
Sección 5.2 ¿Cuánto debe pagar por la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 13
Sección 5.3 En algunos casos, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa 14
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 15

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos? 15
Sección 6.1 ¿Quién debe pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos? 15
Sección 6.2 ¿Cuál es el monto adicional de la Parte D? 15

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional por la Parte D? 16
Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional por la Parte D?..... 16

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual..... 16
Sección 7.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varias formas en las que puede pagar la multa..... 17
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? 19

SECCIÓN 8 Mantenga su registro de afiliación actualizado 19
Sección 8.1 Cómo puede ayudarnos a mantener su información actualizada 19

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal 21
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida 21

SECCIÓN 10 Funcionamiento de otras aseguradoras con nuestro plan..... 21
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otra aseguradora? 21

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está afiliado a *Prominence Plus (HMO)*, que es un plan HMO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y ha elegido recibir su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, *Prominence Plus (HMO)*.

Existen distintos tipos de planes de salud de Medicare. *Prominence Plus (HMO)* es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización de Mantenimiento de la Salud, por sus siglas en inglés), que está aprobado por Medicare y es ejecutado por una compañía privada.

Sección 1.2 ¿Qué es el folleto *Evidencia de cobertura*?

El presente folleto *Evidencia de cobertura* es un documento que le indica cómo recibir la atención médica y los medicamentos con receta de Medicare cubiertos por nuestro plan. En este folleto también se explican sus derechos y responsabilidades, el alcance de la cobertura y los montos que usted debe pagar como miembro al plan.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" refieren a la atención médica, los servicios y los medicamentos con receta disponibles para usted por estar afiliado a *Prominence Plus (HMO)*.

Es sumamente importante que conozca las normas del plan y los servicios que están disponibles para usted. Le aconsejamos que dedique una parte de su tiempo a leer esta *Evidencia de cobertura* con detenimiento.

Si tiene alguna duda, inquietud o preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

La presente *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted respecto de la cobertura de atención médica que le brinda Prominence Plus (HMO). Otras partes de este contrato incluyen su formulario de afiliación, el *Formulario para 2019 (Listado de medicamentos cubiertos)* y todos los avisos que le enviamos sobre los cambios en su cobertura o las condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos se denominan "anexos" o "enmiendas".

El contrato estará vigente durante los meses que esté afiliado a *Prominence Plus (HMO)*, entre el 1.° de enero y el 31 de diciembre de 2019.

Cada año calendario, Medicare nos autoriza a hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y los beneficios de *Prominence Plus (HMO)* después del 31 de diciembre de 2019. Asimismo, podemos dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, siempre después del 31 de diciembre de 2019.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el *Prominence Plus (HMO) t*odos los años. Usted puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si nosotros decidimos continuar con la oferta del plan y Medicare vuelve a aprobarlo.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad para inscribirse a un plan

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted resultará elegible para inscribirse a nuestro plan si se cumple lo siguiente:

- Cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre estas partes de Medicare);
- vive en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio);
- es ciudadano de los Estados Unidos o es residente legal de los Estados Unidos;
- no padece Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con limitadas excepciones, por ejemplo, si desarrolla la enfermedad cuando ya está afiliado a un plan que ofrecemos o si estaba afiliado a un plan diferente que se canceló.

Sección 2.2 ¿Qué es la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribe a Medicare por primera vez, recibe información sobre los servicios que están cubiertos en la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios provistos por hospitales (para servicios bajo hospitalización, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los servicios médicos restantes (como, servicios médicos y otros servicios ambulatorios) y ciertos artículos (como, equipo médico duradero [DME, por sus siglas en inglés] y suministros).

Sección 2.3 Aquí está el área de servicio del plan para *Prominence Plus (HMO)*

Si bien Medicare es un programa federal, *Prominence Plus (HMO)* está disponible únicamente para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para seguir siendo un miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada: Brooks, Hidalgo y Starr.

Si tiene pensado mudarse del área de servicio, comuníquese con Servicios para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se mude, tendrá un Período de afiliación especial para poder cambiarse a Original Medicare o inscribirse a un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo lugar de residencia.

Asimismo, es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su domicilio postal. Encontrará los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 Ciudadanía o residencia legal en los Estados Unidos

Para inscribirse a un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener residencia legal en dicho país. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a *Prominence Plus (HMO)* si usted no resulta elegible para seguir siendo miembro, de acuerdo con este criterio. *Prominence Plus (HMO)* deberá cancelar su afiliación si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Otros documentos que le entregaremos

Sección 3.1 Su tarjeta de afiliación al plan. Úsela para recibir toda la atención y los medicamentos con receta de su cobertura

Mientras esté afiliado a nuestro plan, deberá usar su tarjeta de afiliación para nuestro plan siempre que reciba alguno de los servicios cubiertos por el plan y para los medicamentos con receta que obtiene en las farmacias de la red. También deberá mostrar la tarjeta d Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, verá una tarjeta de afiliación de muestra, para que sepa cómo será la suya:

En la mayoría de los casos, mientras esté afiliado a nuestro plan, **usted no deberá usar su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para recibir los servicios médicos cubiertos (a excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios hospitalarios). Podrá pedírsele que muestre su nueva tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Conserve la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro, en caso de que pueda necesitarla más adelante.

Esto es muy importante por los siguientes motivos: Si usted recibe servicios cubiertos con la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, en lugar de su tarjeta de afiliación a *Prominence Plus (HMO)* mientras está afiliado a uno de nuestros planes, usted tendrá que pagar el costo total de la atención recibida.

Si su tarjeta de afiliación al plan está dañada, se perdió o se la hurtaron, comuníquese con Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: Su guía para todos los proveedores y farmacias dentro de la red del plan

El Directorio de proveedores y farmacias enumera todos los proveedores, farmacias y proveedores de equipos médicos duraderos que forman parte de nuestra red.

¿Qué significa "proveedores y farmacias de la red"?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar pagos de nuestra parte y todos los costos compartidos del plan como pago completo. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas cubiertas para los miembros a nuestro plan.

Hemos acordado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros a nuestro plan. El listado más reciente de proveedores, farmacias y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en http://prominencemedicare.com.

¿Por qué debe conocer cuáles son los proveedores y farmacias que forman parte de nuestra red?

Es importante que conozca cuáles son los proveedores y las farmacias que forman parte de nuestra red porque, salvo limitadas excepciones, mientras esté afiliado a nuestro plan deberá usar los proveedores de la red para recibir servicios y atención médica y las farmacias de la red para surtir sus medicamentos con receta. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesitados con urgencia cuando la red no se encuentra disponible (en general, cuando usted se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que *Prominence Plus (HMO)* autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencias, fuera de la red y fuera del área.

Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para hallar los proveedores y las farmacias dentro de la red que usted desea usar. También puede solicitar más información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red a Servicios para Miembros (por ejemplo, sus calificaciones). Tanto en Servicios para Miembros como en nuestro sitio web podrá encontrar la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red. Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarla en Servicios para Miembros

(los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o verla/descargarla en nuestro sitio web, en la siguiente dirección: http://prominencemedicare.com. http://prominencemedicare.com. **Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para el 2019 para conocer los proveedores y las farmacias que forman parte de nuestra red**.

Sección 3.3 Lista de fármacos cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan tiene un *Formulario para 2019 (Listado de medicamentos cubiertos)*. Para abreviar, lo llamamos "Listado de medicamentos". Enumera los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluida en *Prominence Plus (HMO)*. Los medicamentos de este listado son seleccionados por el plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. El listado debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado el Listado de medicamentos de *Prominence Plus (HMO)*.

El Listado de medicamentos también le indicará si hay normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos una copia del Listado de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede ingresar al sitio web del plan en (http://prominencemedicare.com) o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfonos están impresos en la parte posterior de este folleto).

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): Informes que resumen los pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D

Cuando usa los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe resumen para ayudarlo a entender mejor y hacer un seguimiento de los pagos que se realizan por sus medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumen se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o la "EOB de la Parte D").

En la *Explicación de beneficios de la Parte D* se le indicará el monto total que usted, u otros en su nombre, deberán pagar por los medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que nosotros hemos pagado por cada medicamento con receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y cómo puede ayudarle a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Asimismo, puede solicitar un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D*. Para recibir una copia, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Prominence Plus (HMO)

Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar por la prima de su plan?

Usted no tiene que pagar una prima mensual independiente por su plan *Prominence Plus (HMO)*. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

En algunos casos, la prima de su plan puede ser mayor

En algunos casos, la prima de su plan puede ser mayor que el monto indicado anteriormente en la Sección. Estos casos se describen a continuación.

- Si se inscribió para los beneficios adicionales, también llamados "beneficios complementarios opcionales", entonces pagará una prima adicional todos los meses por estos beneficios. Los Beneficios complementarios opcionales no son beneficios cubiertos por Medicare y se puede adquirir mediante el pago de una prima adicional. Estos beneficios no están incluidos en su paquete de beneficios. Si opta por tener beneficios complementarios opcionales, es posible que tenga que pagar una prima adicional. Para poder recibir los Beneficios complementarios opcionales, debe elegirlos voluntariamente.

- Si tiene preguntas sobre las primas de su plan, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Beneficio dental preventivo e integral opcional	Prima (si lo selecciona)
Prima mensual del beneficio opcional de cobertura dental integral complementaria *(Si desea obtener más información sobre este beneficio complementario opcional, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 en la Evidencia de cobertura para 2019 y en la Evidencia de cobertura dental de Delta).*	Si elige este beneficio, usted paga $22 por mes.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron a un plan de medicamentos de Medicare cuando resultaron elegibles por primera vez, o bien, porque pasaron un período continuo de 63 días o más sin cobertura de medicamentos con receta "acreditable". (El término "acreditable" refiere a que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se añade a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D que le corresponda.
    - Si usted debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de esta dependerá del tiempo que haya pasado sin tener cobertura de medicamentos con receta de la Parte D o acreditable. En el Capítulo 1, Sección 5 encontrará más información sobre la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si usted tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, podría ser desafiliado del plan.

SECCIÓN 5 ¿Está obligado a pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Nota: Si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se añade a su prima de la Parte D. Si en cualquier momento después de la finalización del período de afiliación inicial, hay un período de 63 días corridos, o más, en el que no tiene cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra acreditable, podría incurrir en deuda correspondiente a la multa por inscripción tardía de la Parte D. La "cobertura de medicamentos con receta acreditable" es aquella que cumple con los estándares mínimos de Medicare, por los que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá del tiempo que haya pasado sin tener cobertura de medicamentos con receta de la Parte D o acreditable. Tendrá que pagar esta multa por todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez a *Prominence Plus (HMO)*, le informaremos sobre el monto de la multa. Su multa por inscripción tardía de la Parte D se incluirá en la prima de su plan. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder los beneficios de medicamentos con receta.

Sección 5.2 ¿Cuánto debe pagar por la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. A continuación, le explicaremos cómo funciona:

- Primero, se cuentan los meses completos que usted demoró en inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare, a partir de que resultara elegible para hacerlo. O se cuentan los meses completos durante los cuales no tuvo cobertura de medicamentos con receta acreditable, si la interrupción en la cobertura es superior a 63 días. La multa es el 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasó 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país, según el año anterior. Para 2019, el monto de la prima promedio es $33.19.
- Para calcular la multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y, luego, redondear el valor resultante a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, será el 14 % de $33.19, lo que equivale a $4.65. Este valor se redondea en $4.70. Este es el monto que se añadirá **a la prima mensual de una persona que tenga una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres cuestiones importantes que debe tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar todos los años** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio a nivel nacional (según lo determina Medicare) aumenta, también aumentará la multa.
- Segundo, **seguirá pagando la multa** todos los meses, mientras esté afiliado a un plan que tenga los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque su plan cambie,
- Tercero, si usted tiene menos de 65 años de edad y, en la actualidad, recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65. A partir de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no haya tenido cobertura, una vez transcurrido el período de afiliación inicial por ancianidad a Medicare.

Sección 5.3 En algunos casos, usted puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa

En algunos casos, usted no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, aunque haya demorado la afiliación a un plan que ofrece la cobertura de la parte D de Medicare cuando resultó elegible inicialmente.

Usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en algunas de las siguientes situaciones:

- Ya tiene una cobertura de medicamentos con receta, que debería pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare la denomina "**cobertura de medicamentos acreditable**". Tenga en cuenta lo siguiente:
    - La cobertura acreditable puede incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anterior, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos. Su compañía aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informarán año a año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se la incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, ya que podría necesitarla si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
        - Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando finaliza su cobertura médica, podría significar que su cobertura de medicamentos con receta no era acreditable. El aviso debe decir claramente que usted tenía cobertura de medicamentos con receta "acreditable", la que debe pagar lo mismo que paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
    - A continuación, se enumeran ejemplos de cobertura de medicamentos recetada que *no* es acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.
    - Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte el Manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted para 2019) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números las 24 horas del día, los siete días de la semana.
- No tuvo cobertura acreditable por un período inferior a 63 días corridos.
- Recibe "Ayuda Adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si usted no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión de la decisión sobre la multa por inscripción tardía. En general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** de la fecha en que recibió la primera carta informativa sobre el pago de la multa por inscripción tardía. Si usted ya pagaba una multa antes de afiliarse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de la multa por inscripción tardía. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo solicitar una revisión (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras aguarda la revisión de la decisión sobre la multa. Si lo hace, podría ser desafiliado por incumplimiento de pago de las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Tiene que pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién debe pagar un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

La mayoría de las personas pagan una prima mensual estándar por la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos superan los $85,000 por persona (o por cónyuges declarando por separado) o los $170,000 por matrimonio, deberá pagar un monto adicional directamente al gobierno por su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si usted tiene que pagar un monto adicional, Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle el valor del monto adicional y la forma de pago. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, Junta de Retiro Ferroviario de los Estados Unidos u Oficina de Administración de Personal, independientemente del modo de pago habitual de la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan.**

Sección 6.2 ¿Cuál es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés), de acuerdo con lo que informó en su declaración de ingresos al IRS, es superior a un monto determinado, tendrá que pagar un monto adicional, además de la prima mensual de su plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional por la Parte D?

Si usted no está de acuerdo con el pago de un monto adicional debido a sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué sucede si no paga el monto adicional por la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley le exige el pago de un monto adicional y usted no lo paga, será desafiliado del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Algunos afiliados al plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros al plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir afiliado al plan.**

Algunas personas pagan un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales. Esto se conoce como Cantidad de ajuste mensual acorde a su ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés). Si sus ingresos superan los $85,000 por persona (o por persona casada si la presentación es por separado) o los $170,000 por matrimonio, **deberá pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Si se le exige el pago del monto adicional y usted no lo paga, <u>será</u> desafiliado del plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**
- Si usted tiene que pagar un monto adicional, Seguro Social, **no su plan de Medicare,** le enviará una carta para informarle el valor del monto adicional y la forma de pago.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D en función de sus ingresos, consulte el Capítulo 1, Sección 6, del presente folleto. También puede visitar el sitio web <u>https://www.medicare.gov</u> o llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede comunicarse con el Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Encontrará información sobre las primas de Medicare en la sección "2019 Medicare Costs" (Costos de Medicare para 2019), en su copia del Manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted para 2019). Aquí se le explica cómo difieren las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas con distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del Manual *Medicare & You* cada año en otoño. Las personas nuevas en Medicare reciben su copia un mes después de su primera afiliación. También puede descargar una copia de *Medicare & You 2019* del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varias formas en las que puede pagar la multa

Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen tres formas en las que puede pagar la multa. Si no seleccionó una opción de pago cuando se afilió al plan, recibirá una factura todos los meses y los pagos se realizarán por cheque. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita modificar la forma de pago de su multa por inscripción tardía por alguna de las dos opciones que se describen a continuación. El número de teléfono de Servicios para Miembros está impreso en la contraportada de este folleto.

Si decide cambiar la forma de pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigor. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted tendrá la responsabilidad de asegurarse que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: Pago mediante cheque

Puede pagar su multa por inscripción tardía todos los meses mediante cheque o giro bancario. Las facturas mensuales se envían por correo postal antes del día 15 de cada mes. Los pagos deben hacerse antes del primer día de cada mes. Si los cheques se devolvieran, usted podría tener que pagar todas las tarifas correspondientes. Realice los pagos a la siguiente dirección:

Dirección de correo postal	**Dirección física para correo urgente o de entrega inmediata:**
Prominence Health Plan	Prominence Health Plan
Atención: Late Enrollment Penalty (Multa por inscripción tardía)	Atención: Medicare Premium Billing
P.O. Box 398960	1510 Meadow Wood Lane
San Francisco, CA 94139-8969	Reno, NV 89502

Opción 2: Pago por ACH: retiro automático

Puede hacer que el pago se debite automáticamente de su cuenta corriente o caja de ahorro cada mes. El pago se debitará automáticamente de su cuenta antes del día 6 de cada mes. Si desea configurar esta opción de pago automática, comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar un formulario de ACH. Complete el formulario de ACH y devuélvalo con una copia de un cheque anulado. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Opción *3*: Pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D mediante débito de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que le retengan el monto correspondiente a la multa por inscripción tardía a la Parte D del cheque que recibe del Seguro Social todos los meses. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre esta forma de pago de la multa. Estamos dispuestos a ayudarle a configurar este método. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué debe hacer si tiene dificultades para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D?

Su multa por inscripción tardía a la Parte D vence el primer día de cada mes. Si no hemos recibido su pago por la multa para el primer día de cada mes, le enviaremos un aviso para informarle que daremos por finalizada su afiliación al plan si no recibimos el pago correspondiente a su multa por inscripción tardía a la Parte D dentro de los 90 días. Si usted debe pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D, debe pagar la multa para conservar la cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene inconvenientes para pagar la multa por inscripción tardía a la Parte D a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver cómo podemos acercarlo a programas que lo ayudarán con su multa. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Si nos viéramos en la obligación de tener que desafiliarlo por falta de pago de su multa por inscripción tardía a la Parte D, tendrá la cobertura médica de Medicare Original.

Si nos viéramos en la obligación de tener que desafiliarlo del plan por falta de pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted ya no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el próximo año, si se inscribe a un plan nuevo durante el período de afiliación anual. Durante el período de afiliación abierto anual de Medicare, podrá inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o en un plan de salud que también preste cobertura de medicamentos. (Si pasan más de 63 días sin que usted tenga cobertura de medicamentos “acreditable”, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

Al momento en que lo desafiliemos, usted seguirá adeudando las multas que no haya pagado. Tenemos el derecho de solicitar el pago de los montos adeudados por la multa. En el futuro, si usted desea volverse a afiliar a nuestro plan (o a otro plan en nuestra oferta), tendrá que pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si cree que su desafiliación es incorrecta, tiene derecho a solicitarnos una reconsideración de la decisión mediante la presentación de una queja. En el Capítulo 9, Sección 10, del presente folleto se describe el proceso de presentación de quejas. Si fue víctima de una situación de emergencia que excedió nuestro control y ocasionó que usted no pudiera pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede llamar al 1-855-969-5882 para solicitarnos la reconsideración de esta decisión. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1.° de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1.° de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Servicios para Miembros cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés. Puede presentar su solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha de desafiliación.

Sección 7.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a hacer cambios en las primas mensuales de los planes durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año próximo, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1.° de enero.

No obstante, en algunas circunstancias, usted podría tener que comenzar a pagar o podría dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si usted ha pasado un período corrido de 63 días o más sin cobertura de medicamentos con receta "acreditable"). Esto puede suceder si usted resulta elegible para el programa "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para este programa durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía a la Parte D y resulta elegible para el programa "Ayuda Adicional" durante el transcurso del año, podrá dejar de pagar la multa.
- Si llegare a perder el subsidio por bajos ingresos ("Ayuda Adicional"), quedará sujeto a la multa por inscripción tardía a la Parte D todos los meses, en caso de que haya pasado un período de 63 días o más sin cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Encontrará más información sobre el programa "Ayuda Adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 8 Mantenga su registro de afiliación actualizado

Sección 8.1 Cómo puede ayudarnos a mantener su información actualizada

Su registro de afiliación contiene información de su formulario de afiliación, como su domicilio y número de teléfono. Indica la cobertura específica del plan, incluido el Proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de la red del plan deben saber que tienen la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de afiliación para conocer los servicios y los medicamentos que están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted**. Por esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, domicilio o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación de empleado o Medicaid).
- Si tiene reclamos por discapacidad, como por un accidente de tránsito.
- Si ha sido admitido a una residencia para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su responsable designado (como el cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si la información anterior cambia, cualquiera sea, comuníquese con Servicios para Miembros para informárnoslo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Asimismo, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Encontrará los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Lea detenidamente la información que le enviamos sobre las demás coberturas de seguro que tiene disponibles

Medicare nos solicita que recopilemos información sobre usted en relación con otras coberturas de seguro médico o medicamentos que tenga. Esto se debe a que nosotros debemos coordinar cualquier cobertura que usted tenga con los beneficios que le brinda nuestro plan. (Para obtener más información sobre el funcionamiento de nuestra cobertura cuando usted tiene otra cobertura, consulte la Sección 10 del presente capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta con una lista de todas las demás coberturas de seguro médico y medicamentos que conocemos. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si es incorrecta o si usted tiene otra cobertura que no figura en la lista, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus historias clínicas e información médica personal. Protegemos su información médica personal conforme estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.4, del presente folleto.

SECCIÓN 10 Funcionamiento de otras aseguradoras con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otra aseguradora?

Cuando usted tiene otra aseguradora (como la cobertura médica grupal del empleador), se aplican las normas establecidas por Medicare para determinar su nuestro plan o su otra aseguradora paga primero. La aseguradora que paga primero se llama "pagador primario" y paga hasta los límites de su cobertura. La aseguradora que paga en segundo lugar, llamada "pagador secundario", solo paga si la cobertura primaria deja costos sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cubrir.

Estas normas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal del empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de empleados de su empleador y si usted tiene Medicare según la edad, discapacidad o por Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
    - Si tiene menos de 65 años de edad y está discapacitado y usted o un familiar aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o, al menos, un empleador en un plan de empleador múltiple tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años de edad y usted o su cónyuge aún trabaja, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o, al menos, un empleador en un plan de empleador múltiple tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses posteriores a que resulte elegible para Medicare.

En general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- seguro sin culpabilidad (incluye seguro de automóvil);
- de responsabilidad (incluye seguro de automóvil);
- beneficios por neumoconiosis;
- indemnización por accidente de trabajo.

Medicare y TRICARE nunca paga primero por los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

Si tiene otra aseguradora, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o necesita actualizar la información de su otra aseguradora, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Tendrá que proporcionar su número de Id. de miembro al plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que las facturas puedan pagarse en tiempo y forma.

CAPÍTULO 2

Recursos y números de teléfono importantes

Capítulo 2 Recursos y números de teléfono importantes

SECCIÓN 1 **Información de contacto de *Prominence Plus (HMO)*** (cómo contactarnos, cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan) **25**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal Medicare) **31**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **33**

SECCIÓN 4 **Organización de Mejora de Calidad** (contratada por Medicare para controlar la calidad de atención que reciben las personas con Medicare) **34**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **35**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa federal y estatal conjunto que brinda asistencia con los costos médicos a las personas que tienen ingresos y recursos limitados) **35**

SECCIÓN 7 **Información sobre los programas de ayuda a las personas para pagar sus medicamentos con receta** **37**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario de los Estados Unidos** **40**

SECCIÓN 9 **¿Tiene "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador?** **41**

SECCIÓN 1 Información de contacto de *Prominence Plus (HMO)* (cómo contactarnos, cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Si desea recibir ayuda con la presentación de reclamos, facturación o tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de *Prominence Plus (HMO)*. Estamos dispuestos a ayudarle.

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME A	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1.° de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1.° de abril hasta el 30 de septiembre. Servicios para Miembros cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m a 8:00 p. m, los siete días de la semana desde el 1.° de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes de viernes de 8:00 a. m a 8:00 p. m desde el 1.° de abril hasta el 30 de septiembre.
Fax	1-813-513-7301
ESCRIBA A	Prominence Health Plan P.O. Box 15859 Tampa, FL 33684-5859
SITIO WEB	http://prominencemedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es aquella que tomamos respecto de sus beneficios y cobertura o respecto del monto que pagaremos por los servicios médicos que usted reciba. Para obtener más información acerca de la solicitud de decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Puede comunicarse con nosotros si tiene preguntas sobre el proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para atención médica: información de contacto
LLAME A	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m a 8:00 p. m, los siete días de la semana desde el 1.° de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes de viernes de 8:00 a. m a 8:00 p. m desde el 1.° de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m a 8:00 p. m, los siete días de la semana desde el 1.° de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes de viernes de 8:00 a. m a 8:00 p. m desde el 1.° de abril hasta el 30 de septiembre.
Fax	1-813-513-7326
ESCRIBA A	Prominence Health Plan PO Box 15859 Tampa, FL 33684-1987
SITIO WEB	http://prominencemedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica

Una apelación es un proceso formal por el cual nos solicita la revisión y modificación de una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información acerca de la presentación de apelaciones sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Método	Apelaciones relacionadas con atención médica: información de contacto
LLAME A	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m a 8:00 p. m, los siete días de la semana desde el 1.° de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes de viernes de 8:00 a. m a 8:00 p. m desde el 1.° de abril hasta el 30 de septiembre.

Método	Apelaciones relacionadas con atención médica: información de contacto
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m a 8:00 p. m, los siete días de la semana desde el 1.° de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes de viernes de 8:00 a. m a 8:00 p. m desde el 1.° de abril hasta el 30 de septiembre.
Fax	1-813-513-7309
ESCRIBA A	Prominence Health Plan PO Box 152879 Tampa, FL 33684-2879
SITIO WEB	http://prominencemedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros, uno de nuestros proveedores de la red o sobre la calidad de la atención recibida. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pago. (Si tiene algún problema con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre presentación de apelaciones). Para obtener más información acerca de la presentación de quejas sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME A	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m a 8:00 p. m, los siete días de la semana desde el 1.° de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes de viernes de 8:00 a. m a 8:00 p. m desde el 1.° de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m a 8:00 p. m, los siete días de la semana desde el 1.° de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes de viernes de 8:00 a. m a 8:00 p. m desde el 1.° de abril hasta el 30 de septiembre.
Fax	1-813-513-7309

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
ESCRIBA A	Prominence Health Plan PO Box 15859 Tampa, FL 33684-2899
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre *Prominence Plus (HMO)* directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea, visite el sitio web de Medicare, en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es aquella que tomamos respecto de sus beneficios y cobertura o respecto del monto que pagaremos por sus medicamentos con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D, que se incluye en su plan. Para obtener más información acerca de la solicitud de decisiones de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME A	1-844-587-7389 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Fax	1-858-790-6060
ESCRIBA A	Prominence Health Plan c/o MedImpact 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB	http://prominencemedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es un proceso formal por el cual nos solicita la revisión y modificación de una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información acerca de la presentación de apelaciones sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Método	**Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto**
LLAME A	1-844-587-7389 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas del día, los siete días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Fax	1-858-790-6060
ESCRIBA A	Prominence Health Plan c/o MedImpact 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB	http://prominencemedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros, una de nuestras farmacias de la red o sobre la calidad de la atención recibida. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pago. (Si tiene algún problema con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre presentación de apelaciones). Para obtener más información acerca de la presentación de una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*]).

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME A	1-844-587-7389 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas del día, los siete días de la semana.
Fax	1-858-790-6060
ESCRIBA A	Prominence Health Plan c/o MedImpact 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre *Prominence Plus (HMO)* directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea, visite el sitio web de Medicare, en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud de pago de la parte que nos corresponde por los costos compartidos de su atención médica o un medicamento que haya recibido

Para obtener más información sobre las situaciones en las que usted puede solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura recibida de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Solicitud de pago de nuestra parte de una factura recibida por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted nos envía una solicitud de pago y nosotros rechazamos una parte de ella, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago médico: información de contacto
Fax	1-813-513-7326 para solicitudes relacionadas con Medical Care
ESCRIBA A	Medical Care: Prominence Health PO Box 15859 Tampa, FL 33684-5859
SITIO WEB	http:/prominencemedicare.com

Método	**Solicitudes de pago médico: información de contacto**
Método	**Solicitudes de pago de medicamentos con receta: información de contacto**
Fax	1-858-549-1569
Escriba a	Prominence Health Plan c/o MedImpact PO Box 509108 San Diego, CA 92150
Sitio web	http://prominencemedicare.com

SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal Medicare)

Medicare es un programa federal de seguro de salud para las personas mayores de 65 años de edad, algunas personas menores de 65 años de edad con discapacidad y las personas que padecen Enfermedad Renal en Etapa Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (o "CMS", por sus siglas en inglés). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, como nosotros.

Método	**Medicare: información de contacto**
LLAME A	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Atención las 24 horas del día, los siete días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo de teléfono especial y se reserva únicamente para las personas que tienen alguna dificultad en la audición o el habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Brinda información actualizada sobre Medicare y sus aspectos vigentes. También brinda información sobre hospitales, centros de residencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. Además, encontrará los contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también brinda información detallada sobre las opciones de elegibilidad y afiliación de Medicare, con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las políticas de Medigap (Aseguradora complementaria de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen una *estimación* de los costos extra que pueden tener los distintos planes de Medicare. Asimismo, puede usar el sitio web para presentar quejas ante Medicare sobre *Prominence Plus (HMO):* • **Presentación de una queja ante Medicare:** Puede presentar una queja sobre *Prominence Plus (HMO)* directamente a Medicare. Para ello, visite el sitio web de Medicare, en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, acérquese a la biblioteca local o al centro de adultos para que lo ayuden a ingresar a este sitio web con una de sus computadoras. También puede llamar a Medicare y solicitarles la información que necesita. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama "Programa de Defensa y Asesoramiento sobre la Información de Salud de Texas" (Health Information Counseling & Advocacy Program, HICAP).

El HICAP de Texas es un programa independiente y no está vinculado con ninguna empresa de seguros o planes de salud. Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros locales de salud a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de HICAP pueden responder sus preguntas o ayudarlo a resolver sus problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos en Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento recibido y a resolver sus problemas con las facturas de Medicare. El Programa de Defensa y Asesoramiento sobre la Información de Salud de Texas. también lo ayudarán a entender sus opciones de planes de Medicare y responderán sus preguntas sobre el cambio de planes.

Método	**Programa de Defensa y Asesoramiento sobre la Información de Salud de Texas (HICAP): información de contacto**
LLAME A	11-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo de teléfono especial y se reserva únicamente para las personas que tienen alguna dificultad en la audición o el habla.
ESCRIBA A	**Programa de Defensa y Asesoramiento sobre la Información de Salud de Texas (Health Information Counseling & Advocacy Program, HICAP).** P.O. Box 149104 Austin, TX 78714
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de Calidad (contratada por Medicare para controlar la calidad de atención que reciben las personas con Medicare)

Existe una Organización de Mejora de Calidad designada para asistir a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En el caso de Texas, la Organización de Mejora de Calidad se llama KEPRO.

KEPRO cuenta con un equipo de médicos y otros profesionales de atención médica, pagos por el gobierno federal. Esta organización recibe dinero de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura de su estadía en el hospital fue demasiado breve.
- Considera que la cobertura de su atención médica a domicilio, atención en centro de enfermería especializada o servicios en Centro de Rehabilitación Integral Ambulatorio (CORF, por sus siglas en inglés) es demasiado breve.

Método	KEPRO (Organización de Mejora de Calidad en Texas)
LLAME A	1-844-430-9504 El horario de atención es de 9 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo de teléfono especial y se reserva únicamente para las personas que tienen alguna dificultad en la audición o el habla.
Fax	1-844-878-7921
ESCRIBA A	Rock Run Center, Suite 100 5700 Lombardo Center Dr. Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	http://www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y gestionar la afiliación por Medicare. Los ciudadanos y los residentes permanentes legales en Estados Unidos que son mayores de 65 años de edad, que tienen una discapacidad o que padecen Enfermedad Renal en Etapa Terminal y cumplen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la afiliación a Medicare es automática. Si usted no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse a Medicare. El Seguro Social se encarga del proceso de afiliación por Medicare. Para solicitar la afiliación a Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local de Seguro Social en su área.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes son las personas que deben pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le informaba que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o sus ingresos disminuyeron debido a un acontecimiento de cambio, puede comunicarse con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si usted se muda o cambia de dirección postal, es importante que se lo informe al Seguro Social.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME A	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios de teléfono automáticos del Seguro Social para obtener información grabada o realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo de teléfono especial y se reserva únicamente para las personas que tienen alguna dificultad en la audición o el habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid
(un programa federal y estatal conjunto que brinda

asistencia con los costos médicos a las personas que tienen ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa federal y estatal conjunto que brinda asistencia con los costos médicos a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid.

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

- **Beneficiario capacitado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas que tienen el QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiarios de Medicare de bajos ingresos (SLMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que tienen el SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB +]).
- **Individuos calificados (QI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- Individuos incapacitados y empleados calificados (QDWI, por sus siglas en inglés): ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto**
LLAME A	1-800-252-8263 Horario de atención: de 9:00 AM a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY/TDD	711
ESCRIBA A	HHSC P.O. Box 14200 Midland, TX 79711-4200
SITIO WEB	http://www.hhsc.state.tx.us

SECCIÓN 7 Información sobre los programas de ayuda a las personas para pagar sus medicamentos con receta

Programa "Ayuda Adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda Adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no incluye su casa o vehículo. Si usted califica, recibe ayuda para pagar la prima mensual de su plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de las recetas. Esta "Ayuda Adicional" también cuenta para los costos extra.

Las personas que tienen recursos e ingresos limitados pueden calificar para la "Ayuda Adicional". Algunas personas califican automáticamente para la "Ayuda Adicional" y no tienen que inscribirse. Medicare le envía una carta a las personas que califican automáticamente para la "Ayuda Adicional".

Usted podrá recibir la "Ayuda Adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si califica para recibir la "Ayuda Adicional", llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- Su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (La información de contacto se encuentra en la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que ha calificado para la "Ayuda Adicional" y que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando surte sus recetas en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia sobre su nivel de copago correcto o, si ya tiene la evidencia, enviárnosla a nosotros.

- Comuníquese con nuestro Servicios para Miembros, cuando tenga la evidencia de Ayuda Adicional; ellos lo ayudarán en todo el proceso. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Cuando recibamos la evidencia que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando surta su próxima receta en la farmacia. Si pagó de más por su copago, le devolveremos el dinero. La forma de rembolso puede ser por cheque, por el monto excedente o lo restaremos de los próximos copagos. Si la farmacia no ha recibido un copago de usted y lo ha registrado como un saldo deudor de su parte, nosotros haremos el pago directamente a la farmacia. Si el estado realizó un pago en su nombre, nosotros haremos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Programa de Descuentos para la Brecha de Cobertura de Medicare

El Programa de Descuentos para la Brecha de Cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricante en medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que han alcanzado la brecha de cobertura y no reciben "Ayuda Adicional". En el caso de los medicamentos de marca, el descuento del 70 % que ofrecen los fabricantes excluye el cargo por despacho de los costos de la brecha. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte del cargo por despacho de los medicamentos de marca.

Si usted alcanza la brecha de cobertura, el descuento se aplicará automáticamente cuando su farmacia le facture sus recetas. Todos los descuentos aplicados aparecerán en su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D). El monto que usted paga y el monto descontado por el fabricante se contabilizan para los costos extra, como si usted hubiera pagado por ellos, y puede avanzar en la brecha de cobertura. El monto que paga el plan (5 %) no se contabiliza para los costos extra.

También recibe cobertura para los medicamentos genéricos. Si usted alcanza la brecha de cobertura, el plan paga el 63 % del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 37 % restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (63 %) no se contabiliza para los costos extra. Solo el monto que usted paga cuenta y avanza en la brecha de cobertura. Además, el cargo por despacho se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de Descuentos para la Brecha de Cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Dado que *Prominence Plus (HMO)* ofrece cobertura de brecha adicional durante la Etapa de Brecha de Cobertura, los costos extra serán más bajos que los costos que aquí se describen. Consulte el Capítulo 6, Sección 6, para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de Brecha de Cobertura.

Si tiene preguntas sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que usted toma o sobre el Programa de Descuentos para la Brecha de Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Aunque esté inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) o en cualquier otro programa que ofrezca cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea "Ayuda adicional"), obtendrá el descuento del 70 % en medicamentos de marca cubiertos. Asimismo, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en la brecha de cobertura. El descuento del 70 % y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida (ADAP)?
¿En qué consiste el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida (ADAP, por sus siglas en inglés) tiene por objetivo ayudar a que las personas elegibles que padecen VIH/sida accedan a los medicamentos fundamentales contra el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de recetas. Para obtener información, contacte al Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (THMP, por sus siglas en inglés) al 1-800-255-1090. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, entre los que se incluyen presentar una prueba de residencia en el estado y certificado de VIH, tener bajos ingresos según lo determina el estado y no tener seguro o que su seguro sea deficiente.

Si actualmente está inscripto en un ADAP, este puede seguir brindándole asistencia en los costos compartidos de sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos que figuran en el listado de ADAP. Para estar seguro de que puede seguir recibiendo esta asistencia, informe al empleado de inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en su número de póliza o nombre del plan de la Parte D de Medicare. Puede escribir al Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas (a la dirección mencionada a continuación) o llamar al 1-800-255-1090.

DSHS HIV/STD Program
Post Office Box 149347, MC 1873
Austin, Texas 78714

Para obtener más información acerca de los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o el modo de inscripción en el programa, comuníquese con el Programa de Medicamentos contra el VIH de Texas al 1-800-255-1090.

¿Qué sucede si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta? ¿Puede recibir los descuentos?

No, Si usted recibe la "Ayuda Adicional", ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos con receta durante la brecha de cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento que usted cree que debería recibir?

Si usted cree que ha alcanzado la brecha de cobertura y no recibió un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, deberá revisar su próximo aviso de *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de recetas sean correctos y estén actualizados. Si no estuviéramos de acuerdo en que le correspondía un descuento, puede presentar una apelación. Puede solicitar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) ayuda para presentar una apelación (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 del presente Capítulo). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica, que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta de acuerdo con las necesidades financieras, la edad, la afección médica o las discapacidades. Cada estado tiene normas diferentes para prestar la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica se llama Texas HIV SPAP.

Método	Texas HIV SPAP: información de contacto
LLAME A	1-800-255-1090 El horario de atención es de 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.
TTY	711
ESCRIBA A	DSHS HIV/STD Program Post Office Box 149347, MC 1873 Austin, Texas 78714
SITIO WEB	http://dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario de los Estados Unidos

La Junta de Retiro Ferroviario de los Estados Unidos es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas sobre los beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario de los Estados Unidos, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario de los Estados Unidos, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección de correo postal.

Método	Junta de Retiro Ferroviario de los Estados Unidos: información de contacto
LLAME A	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono digital por tonos, tiene a su disposición información y servicios automáticos las 24 horas del día, incluidos fines de semana y feriados.

Método	Junta de Retiro Ferroviario de los Estados Unidos: información de contacto
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo de teléfono especial y se reserva únicamente para las personas que tienen alguna dificultad en la audición o el habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov

SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) reciben beneficios de su empleador (o el empleador de su cónyuge) o grupo de jubilación como parte de este plan, puede comunicarse con el administrador de beneficios del empleador/sindicato o con Servicios para Miembros para resolver las dudas que pudiera tener. Puede solicitar información sobre los beneficios de salud de jubilación o empleador (suyos o de su cónyuge), las primas o el período de afiliación. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare en este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar la cobertura de medicamentos con receta vigente que funcionará mejor con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a servicios médicos.

Capítulo 3 Uso de la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cuestiones que debe saber para recibir atención médica cubierta como miembro de nuestro plan 45

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? 45

Sección 1.2 Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan..... 45

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica 46

Sección 2.1 Debe seleccionar un Médico de Atención Primaria (PCP) que le prestará y supervisará su atención médica 46

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin la aprobación anticipada de su PCP?..... 47

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red 48

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red..... 50

SECCIÓN 3 Cómo recibir los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o en caso de desastres 51

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica 51

Sección 3.2 Cómo recibir atención si tiene una necesidad de urgencia..... 52

Sección 3.3 Cómo recibir atención en caso de desastres 53

SECCIÓN 4 ¿Qué debe hacer si recibe una factura directa por el costo total de los servicios cubiertos?..... 53

Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 53

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total..... 53

SECCIÓN 5 ¿Cómo es la cobertura de los servicios médicos cuando usted participa en un "estudio de investigación clínica"?..... 54

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?..... 54

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar qué cosas? 55

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud" 56

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica? ... 56

Sección 6.2 ¿Qué atención en una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica cubre nuestro plan? 57

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero 57

Sección 7.1 ¿Obtendrá la propiedad del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos bajo nuestro plan? 57

SECCIÓN 1 Cuestiones que debe saber para recibir atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica todo lo que debe saber sobre el uso del plan para recibir la atención médica cubierta. Encontrará definiciones de los términos y explicaciones de las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, los servicios y toda la atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener más detalles sobre el tipo de atención médica que cubre nuestro plan y los montos que debe pagar cuando recibe esta atención, consulte la tabla de beneficios que se incluye en el próximo capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar*).

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?

A continuación, encontrará algunas definiciones que lo ayudarán a comprender mejor cómo recibe la atención y los servicios cubiertos por ser miembro a nuestro plan:

- Los **"proveedores"** son los médicos y otros profesionales de atención médica habilitados por el estado para prestar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **"proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar pagos de nuestra parte y todos los costos compartidos del plan como pago completo. Hemos acordado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros a nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos envían sus facturas directamente por la atención que les prestan a los miembros. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde a usted por el costo de los servicios.
- Los **"servicios cubiertos"** comprenden toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos por atención médica que le corresponden a usted se enumeran en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir la atención médica cubierta por el plan

Como plan de salud de Medicare, *Prominence Plus (HMO)* debe ofrecer cobertura para todos los servicios cubiertos por Medicare Original y respetar sus normas.

En general, *Prominence Plus (HMO)* cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que usted reciba esté incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (se encuentra en el Capítulo 4 del presente folleto).
- **La atención que usted reciba se considere médicamente necesaria**. El término "médicamente necesario" refiere a los servicios, los suministros o los medicamentos que

son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con las normas aceptadas de la práctica médica.

- **Tenga un médico de atención primaria de la red (un PCP, por sus siglas en inglés) que esté a cargo de su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe seleccionar un PCP de la red. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 del presente capítulo.
  - No se requieren derivaciones de su PCP para los servicios de atención de emergencia o de urgencia. Asimismo, existen otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación anticipada de su PCP. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del presente capítulo.
- **Recibe atención de un proveedor de la red.** Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 del presente capítulo. En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (es decir, un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no tendrá cobertura. *A continuación, se mencionan tres excepciones:*
  - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y conocer la extensión del concepto de servicios de atención de emergencia o urgencia, consulte la Sección 3 del presente capítulo.
  - Si usted necesita atención médica que nuestro plan debe cubrir, de acuerdo con las normas de Medicare, y los proveedores de nuestra red no pueden prestarle dicha atención, podrá recibirla de un proveedor fuera de la red. Deberá recibir la aprobación de nuestro plan antes de recibir la atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información acerca de cómo recibir la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 del presente capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis que puede recibir en un centro de diálisis certificado por Medicare, cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Uso de los proveedores de la red del plan para recibir atención médica

Sección 2.1 Debe seleccionar un Médico de Atención Primaria (PCP) que le prestará y supervisará su atención médica

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

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe seleccionar un proveedor del plan como su PCP. El PCP es un médico que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para

prestarle atención médica básica. Los médicos que se consideran PCP, en general, son proveedores especializados en Atención Primaria, por ejemplo:

- medicina general;
- medicina interna;
- medicina familiar;
- geriatría.

Como se explicará a continuación, el PCP estará a cargo de prestarle atención de rutina o básica. Su PCP también coordinará los demás servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:

- radiografías;
- análisis de laboratorio;
- Terapias
- atención de especialistas;
- hospitalizaciones;
- atención de seguimiento.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede elegir un PCP desde el *Directorio de proveedores y farmacias* o puede solicitar ayuda a Servicios para Miembros, cuando completa la información sobre el PCP en el formulario de afiliación. Si no encuentra a su PCP actual en nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*, puede comunicarse con él/ella y pedirle que le recomiende un PCP de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. Puede cambiar de PCP (como se explica más adelante). El nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP están impresos en su tarjeta de afiliación.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Asimismo, su PCP podría dejar de trabajar en nuestra red de proveedores del plan y usted tendría que buscar un PCP nuevo. Para cambiar de PCP, comuníquese con Servicios para Miembros. Ellos se encargarán de confirmar que el nuevo PCP que usted eligió acepta pacientes nuevos. Servicios para Miembros cambiará su registro de afiliación para incluir el nombre de su nuevo PCP y le informará la fecha de entrada en vigor del cambio de PCP. Un cambio de PCP suele entrar en vigor el primer día del mes posterior al que se realizó el cambio. También le enviarán su nueva tarjeta de afiliación, donde figura el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin la aprobación anticipada de su PCP?

Puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin la aprobación anticipada de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye examen de mamas, mamografías (rayos X de las mamas), examen de Papanicolaou y pélvico, siempre que los reciba de un proveedor de la red.

- Vacuna antigripal, vacuna contra la hepatitis B y vacunas antineumocócicas, siempre que las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red.
- Servicios urgentes de proveedores de la red, o fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles temporalmente o no pueda acceder a ellos (p. ej., usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Los servicios de diálisis que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare, cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (En lo posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio, de modo que podamos ayudarlo a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa del presente folleto).
- Existen otros servicios que puede recibir sin la aprobación anticipada de su PCP. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre cuáles son los servicios que requieren autorización previa.

Sección 2.3 Cómo recibir 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 del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas, a continuación, se mencionan solo algunos ejemplos:

- oncólogos para pacientes que padecen cáncer;
- cardiólogos para pacientes con afecciones en el corazón;
- ortopedistas para pacientes que padecen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Si su PCP considera que usted necesita tratamiento especializado, se encargará de coordinar una consulta con un especialista u otros proveedores de nuestra red.

Para algunos servicios, su proveedor puede necesitar una aprobación anticipada de nuestro plan. Esto se denomina "autorización previa". Su médico puede llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar una autorización de los servicios que requieren autorización. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre cuáles son los servicios que requieren autorización previa.

Si su PCP considera que usted necesita tratamiento especializado, se encargará de coordinar una consulta con un especialista u otros proveedores de nuestra red. Los miembros de Prominence Plus (HMO) no necesitan una orden de derivación de su PCP para consultar a un especialista de la red. Puede hacer una consulta con el especialista que elija, siempre que este forme parte de nuestra red de proveedores. Si bien no necesita una orden de derivación de su PCP para consultar a un especialista, le recomendamos que hable con su PCP primero acerca del especialista más adecuado a sus necesidades. Su PCP puede ayudarlo a elegir un especialista y coordinar su atención.

Si quiere saber si un especialista u otro proveedor al que desea acudir forma parte de nuestra red de proveedores, consulte nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias* en http://prominencemedicare.com, o llame a Servicios para Miembros. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa del presente folleto). Servicios para Miembros también controlará que el especialista acepte pacientes nuevos.

Si bien no se necesitan órdenes de derivación para especialistas, hay algunos servicios médicos que requieren la aprobación anticipada de nuestro plan. Esto se denomina "autorización previa". Su médico puede llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar una autorización de los servicios que requieren autorización previa del plan. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre cuáles son los servicios que requieren autorización previa.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan?

Podemos hacer cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversos motivos por los que sus proveedores podrían abandonar el plan. Si su médico o especialista abandona su plan, se le garantizan algunos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede modificarse durante el año, Medicare requiere que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos en la medida de lo razonable por notificarle con un mínimo de 30 días de anticipación si su proveedor ha decidido abandonar nuestro plan, de modo que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un proveedor calificado nuevo para que sus necesidades de atención médica estén siempre satisfechas.
- Si sigue un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.

- Si considera que no le hemos brindado acceso a un proveedor calificado en reemplazo de su antiguo proveedor o que el manejo de su atención no es adecuado, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a hallar un proveedor nuevo que se ocupe de su atención médica.

Comuníquese con Servicios para Miembros para recibir ayuda al número de teléfono que está impreso en la contraportada de este folleto.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Hay ocasiones en las que usted necesita atención médica que solo puede recibir de un proveedor fuera de nuestra red de proveedores. Puede obtener servicios de proveedores fuera de la red bajo circunstancias limitadas y solo si los servicios son beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Si esto sucede, deberá obtener la autorización del plan antes de recibir la atención. En esta situación, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Usted o su médico puede llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar una autorización previa para consultar a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la Sección “Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica”. También puede comunicarse por teléfono con Servicios para Miembros, a los números que están impresos en la contraportada de este folleto.

En caso de requerir servicios de emergencia o de urgencia fuera del área, puede recibir atención de un proveedor fuera de la red sin obtener la aprobación anticipada del plan. Para obtener más información al respecto y conocer la extensión del concepto de servicios de atención de emergencia o urgencia, consulte la Sección 3 del presente capítulo.

Los miembros están autorizados a recibir servicios de proveedores fuera de la red en caso de emergencia o urgencia fuera de la red. Además, cubrimos servicios de diálisis para miembros con ESRD, que han viajo fuera del área de servicio de los planes y no tienen acceso a los proveedores de ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo recibir los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o en caso de desastres

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué entendemos por "emergencia médica" y qué debe hacer si tiene una?

Una **"emergencia médica"** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si experimenta una emergencia médica:

- **Busque ayuda de inmediato.** Llame al 911 para recibir ayuda o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia, si la necesita. *No* necesita la aprobación anticipada ni una derivación de su PCP.
- **Corrobore que se informó a nuestro plan sobre su emergencia, tan pronto como le sea posible.** Debemos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben comunicarse con nosotros para informarnos sobre su atención de emergencia, dentro de las 48 horas. Comuníquese con el número de Servicios para Miembros que está impreso en el reverso de su tarjeta de identificación del Plan.

¿Qué servicios están cubiertos si experimenta una emergencia médica?

Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesita, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios y, si fuera necesario, en cualquier parte del mundo. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia cuando acercarse hasta la sala de emergencias por otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 del presente folleto.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia que puede recibir en cualquier parte del mundo. Nuestro plan no cubre servicios ***que no sean de emergencia*** si recibe atención fuera de Estados Unidos. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 del presente folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le prestan la atención de emergencia para ayudarlo a gestionar y hacer el seguimiento de su atención. Los médicos a cargo de su atención de emergencia determinarán si su condición es estable y, por lo tanto, darán por terminada la emergencia médica.

Una vez concluida la emergencia, usted tiene derecho a atención de seguimiento, para garantizar la estabilidad de su condición. La atención de seguimiento está cubierta por nuestro plan. Si la atención de emergencia es prestada por proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar con proveedores de la red para que se hagan cargo de su atención, tan pronto como lo permitan las circunstancias y su condición médica.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

En ocasiones, es difícil saber si está experimentando una emergencia médica. Por ejemplo, usted puede acercarse a la atención de emergencia porque considera que su salud está en grave peligro y el médico le dice que, en realidad, no fue una emergencia médica. Si resultase que el episodio no fue una emergencia, pero usted creía razonablemente que su salud estaba n grave peligro, nosotros cubriremos su atención.

No obstante, después de que el médico haya manifestado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional *únicamente* si la recibe en una de las dos formas que se indican a continuación:

- Consulta a un proveedor de la red para recibir la atención adicional;
- O la atención adicional que recibe se considera "servicios de urgencia" y usted sigue las normas para recibir servicios de esta índole (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención si tiene una necesidad de urgencia

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" son enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas y no de emergencia que requieren atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos. La afección imprevista puede, por ejemplo, ser un brote imprevisto de una afección conocida que padece.

¿Qué debe hacer si se encuentra dentro del área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Siempre debe intentar obtener los servicios de urgencia de los proveedores de la red. No obstante, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable aguardar para recibir la atención de un proveedor de la red cuando este vuelva a estar disponible, cubriremos los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Si necesita atención que no es de emergencia fuera de las horas de oficina habitual, puede concurrir al Centro de Atención de Urgencia más cercano. Consulte el Directorio de proveedores y farmacias para obtener información sobre los Centros de Atención de Urgencia. Recuerde presentar su tarjeta de identificación de miembro cuando concurra a la consulta.

¿Qué debe hacer si se encuentra <u>fuera</u> del área de servicio del plan cuando necesita atención de urgencia?

Cuando usted 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.

Nuestro plan cubre servicios de urgencia que puede recibir en cualquier parte del mundo. Nuestro plan no cubre ***servicios que no sean de emergencia*** si recibe atención fuera de Estados Unidos. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos, en el Capítulo 4 del presente folleto.

Sección 3.3 Cómo recibir atención en caso de desastres

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos o el presidente de Estados Unidos declaran el estado de desastre o emergencia en su región geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención médica de nuestro plan.

Visite el siguiente sitio web: http://prominencemedicare.com para obtener más información sobre lo que debe hacer para recibir atención en caso de desastres.

En general, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, el plan le autoriza a obtener atención de proveedores fuera de la red por los costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, podrá surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué debe hacer si recibe una factura directa por el costo total de los servicios cubiertos?

Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si usted ha pagado más por su parte de los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Solicitud de pago de nuestra parte de una factura recibida por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo total

Prominence Plus (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que figuran en la Tabla de Beneficios Médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 del presente folleto) y que se reciben en consonancia con las normas del plan. Usted es responsable del pago del costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no figuran entre los servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron de proveedores fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene preguntas acerca de si pagaremos por los servicios o la atención médica que está considerando, tiene derecho a consultarnos si los cubriremos antes de recibir dichos servicios o atención. También tiene derecho a solicitarnos esta información por escrito. Si tomamos la decisión de no cubrir los servicios, usted tiene derecho a apelar nuestro rechazo a cubrir la atención.

En el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) encontrará más información sobre lo que debe hacer si desea obtener una decisión de cobertura de nuestra parte o quiere apelar una decisión que hemos tomado. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para recibir más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

En el caso de los servicios que tienen límites de beneficios, usted paga el costo total de todos los servicios que reciba después de agotar los beneficios para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que alcanza el límite del beneficio, el monto que usted paga por el servicio no se contabiliza para el máximo extra del plan. Puede comunicarse con Servicios para Miembros si desea saber cuánto ha utilizado de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 ¿Cómo es la cobertura de los servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es un medio por el cual los médicos y los científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, el rendimiento de un nuevo fármaco contra el cáncer. En un ensayo clínico, se solicitan voluntarios para recibir ayuda en la evaluación de nuevos procedimientos de atención médica o fármacos. Este tipo de estudio es una de las etapas finales del proceso de investigación y permite a los médicos y científicos analizar si el nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a los miembros de nuestro plan. El estudio de investigación debe contar primero con la aprobación de Medicare. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable del pago de todos los costos en los que incurra por su participación en el estudio*.

Si Medicare aprueba el estudio, un miembro del personal que trabaja en el estudio se comunicará con usted para brindarle más información sobre el estudio y ver si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo la investigación. Usted podrá participar en el estudio solo si cumple con los requisitos establecidos *y* ha entendido plenamente y aceptado todo lo que implica participar en el estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, deberá seguir afiliado a nuestro plan y recibir el resto de la atención (aquella que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita la aprobación de nuestro plan ni de su PCP. *No* es necesario que los proveedores a cargo de su atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para informarles sobre su participación en un ensayo clínico y obtener detalles más específicos sobre lo que pagará su plan.

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar qué cosas?

Cuando usted comienza a participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura por los servicios y artículos de rutina que reciba como parte del estudio, por ejemplo:

- Habitación y comida por una estadía hospitalaria que Medicare pagaría aunque usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y complicaciones de la atención nueva.

Medicare Original paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de los servicios, nuestro plan también pagará una parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su parte del costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio, como si los hubiera recibido de nuestro plan.

A continuación, se presente un ejemplo del funcionamiento de los costos compartidos: Supongamos que le realizan un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos compartidos para este análisis es $20 bajo Medicare Original, pero que el análisis costaría $10 bajo los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted tendría que pagar $10, que equivale al monto que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros podamos pagar nuestra parte compartida de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Además, con la solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos Resumen de Medicare u otra documentación en la que consten los servicios que recibió como parte del estudio y la cantidad de dinero que debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por lo siguiente:**

- En general, Medicare *no* pagará por el artículo o servicio nuevo que se evalúa en el estudio, a menos que Medicare brinde cobertura para el artículo o el servicio aunque usted *no* participe en un estudio.
- Los artículos y los servicios que el estudio le proporciona gratuitamente a usted o a cualquier otro participante.
- Los artículos y los servicios proporcionados únicamente para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará por las tomografías computarizadas mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica requiere que se realice solo una tomografía.

¿Dónde puedo obtener más información?

Si desea obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, puede leer la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y Pruebas Clínicas) en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud"

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica?

Una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica es un centro que presta atención para una afección que, normalmente, se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si usted no puede recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada por motivos religiosos personales, le brindaremos cobertura para atenderse en una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica. Puede optar por solicitar la atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se presta solo para los servicios hospitalarios de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará por los servicios de atención no médica provistos por instituciones religiosas no médicas dedicadas al cuidado de la salud.

Sección 6.2 ¿Qué atención en una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica cubre nuestro plan?

Para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal en el que expresa su oposición consciente a recibir tratamiento médico "no exceptuado".

- El término "no exceptuado" refiere a toda atención médica o tratamiento que usted recibe de forma *voluntaria* y *no es exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El término "exceptuado" refiere a la atención médica o tratamiento que recibe de forma *no* voluntaria y *es exigido* por las leyes federales, estatales o locales.

Para recibir la cobertura de nuestro plan, la atención que usted reciba en una institución religiosa no médica dedicada a la atención médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que presta la atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted recibe servicios en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud que se prestan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos para atención por hospitalización o en un centro de enfermería especializada;
    - *y* debe obtener la aprobación anticipada de nuestro plan antes de ser admitido al centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estadía hospitalaria. Consulte la tabla de beneficios del Capítulo 4 para obtener más información.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Obtendrá la propiedad del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de rueda, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos para generación del habla, bombas de infusión intravenosas, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso doméstico. El miembro siempre tiene la propiedad de algunos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizaremos otros tipos de DME que usted debe rentar.

En Medicare Original, las personas que rentan ciertos tipos de DME son propietarios del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de *Prominence Plus (HMO)*, no tendrá la propiedad de los artículos DME rentados, sin importar la cantidad de copagos que haga para los artículos mientras esté afiliado a nuestro plan. Bajo ciertas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME a usted. Comuníquese con Servicios para Miembros para conocer los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede con los pagos que realizó para el equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si usted no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba afiliado a nuestro plan, tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para poder ser propietario del artículo. Los pagos que haya realizado mientras estuvo afiliado a nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

Si usted realizó menos de 13 pagos para el artículo DME bajo Medicare Original *antes* de afiliarse a nuestro plan, los pagos anteriores tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que hacer los 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Medicare Original, para obtener la propiedad del artículo. No hay excepciones algunas a este caso cuando usted regresa a Medicare Original.

CAPÍTULO 4

Tabla de Beneficios Médicos (¿Qué está cubierto y qué paga usted?).

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar)

SECCIÓN 1 Conozca los costos extra de los servicios cubiertos 61

Sección 1.1 Tipos de costos extra que puede pagar por los servicios cubiertos..... 61

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que usted deberá pagar por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?..... 61

Sección 1.3 Nuestro plan no autoriza a los proveedores a que le facturen el saldo a usted..... 62

SECCIÓN 2 Uso de la *Tabla de Beneficios Médicos* para conocer los servicios cubiertos y los montos que deberá pagar..... 63

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan 63

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede comprar . 98

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?..... 106

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)..... 106

SECCIÓN 1 Conozca los costos extra de los servicios cubiertos

Este capítulo trata sobre los servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos e indica el monto que usted pagará por cada uno de ellos, como miembro de *Prominence Plus (HMO).* Más adelante, podrá encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos, además de una explicación de los límites sobre determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos extra que puede pagar por los servicios cubiertos

Para comprender la información de pago, en el presente capítulo, encontrará todo lo que necesita saber sobre los tipos de costos extra que puede pagar por los servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se paga cuando recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos que se encuentra en la Sección 2 encontrará más información sobre sus copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga cuando recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos que se encuentra en la Sección 2 encontrará más información sobre sus coseguros).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa de Beneficiario capacitado de Medicare (QMB) nunca deberían pagar deducibles, copagos o coseguros. Recuerde mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si usted considera que el pago que debe realizar no es correcto, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que usted deberá pagar por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Debido a que usted está afiliado a un Plan Medicare Advantage, existe un límite para lo que debe pagar extra cada año por los servicios médicos de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se llama monto máximo de gastos extra para servicios médicos.

Como miembro de *Prominence Plus (HMO),* el monto máximo que tendrá que pagar extra por los servicios cubiertos en la red por la Parte A y la Parte B en 2019 es $4,500. Los montos que usted paga por los copagos y los coseguros de los servicios cubiertos en la red se contabilizan para este monto máximo de gastos extra. (Los montos que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D no se contabilizan para este monto máximo de gastos extra. Además, los montos que usted paga por algunos servicios tampoco se contabilizan para el monto máximo de gastos extra. Estos servicios están marcados con una estrella "★" en la Tabla de Beneficios

Médicos). Si alcanza el monto máximo de gastos extra de $4,500, no tendrá que pagar ningún costo extra por el resto del año por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B dentro de la red. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no autoriza a los proveedores a que le facturen el saldo a usted

Como miembro de *Prominence Plus (HMO)* goza de una protección importante: que usted solo tiene que pagar por su parte del costo compartido cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No autorizamos a los proveedores a añadir cargos adicionales por separado, lo que se denomina "facturación de saldo". Esta protección (que usted nunca pague más que su parte del costo compartido) se aplica aunque nosotros le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio y aunque haya una disputa y no paguemos ciertos cargos al proveedor.

A continuación, se describe cómo funciona esta protección.

- Si su parte del costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), usted solo paga ese monto por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red.
- Si su parte del costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. No obstante, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (de acuerdo con lo establecido en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando tiene una derivación).
    - Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en ciertas situaciones, como cuando tiene una derivación).
- Si usted cree que un proveedor le ha facturado el saldo, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Uso de la *Tabla de Beneficios Médicos* para conocer los servicios cubiertos y los montos que deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos que se incluye en las siguientes páginas enumera los servicios cubiertos por *Prominence Plus (HMO)* y lo que usted paga extra por cada servicio. Los servicios que figuran en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos únicamente si se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- La prestación de los servicios cubiertos de Medicare debe respetar las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (entre ellos, la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. El término "médicamente necesario" refiere a los servicios, los suministros o los medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con las normas aceptadas de la práctica médica.
- Usted recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no tendrá cobertura por la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3 encontrará más información sobre los requisitos para el uso de proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un médico de atención primaria (un PCP, por sus siglas en inglés) que está a cargo de su atención.
- Algunos de los servicios descritos en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red tienen nuestra aprobación anticipada (también llamada "autorización previa"). En la Tabla de Beneficios Médicos, los servicios cubiertos que requieren aprobación anticipada tienen un asterisco.

Otros aspectos importantes a saber sobre nuestra cobertura:

- Cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, como todos los planes de salud de Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que pagaría en Medicare Original. Para otros beneficios, usted paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su Manual *Medicare y Usted para 2019*. Puede verlo en línea en https://www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. No obstante, si usted también recibe tratamiento o supervisión por una afección médica preexistente durante la consulta en la que también recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago a la atención recibida por la afección médica preexistente.

- En ocasiones, Medicare incorpora a Medicare Original cobertura para servicios nuevos durante el transcurso del año. Si Medicare incorpora cobertura para cualquier servicio durante el 2019, Medicare o nuestro plan brindarán cobertura para esos servicios.

En la Tabla de Beneficios, verá esta manzana junto a los servicios preventivos.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía única para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba si el paciente tiene determinados factores de riesgo y si tiene una derivación de su médico, asistente médico, personal de enfermería o personal de enfermería clínica especializada.	Los miembros elegibles para esta prueba preventiva no tienen coseguro, copago o deducible.
Servicios de ambulancia • Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen helicópteros de ala fija, ala giratoria y servicios de ambulancia terrestre, al centro adecuado más cercano que pueda prestar la atención, si están preparados para un miembro cuya afección médica es tan delicada que otros medios de transporte pondrían en peligro la vida del paciente, o bien, si el plan lo autoriza. • El transporte en ambulancia que no es de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tan delicada que otros medios de transporte pondrían en peligro la vida del paciente y el transporte en ambulancia es médicamente necesario. **Límites/Restricciones:** Medicare cubre el transporte en ambulancia únicamente a los siguientes destinos: • hospital; • hospitales de acceso crítico; • centro de enfermería especializada; • casa del beneficiario; • centro de diálisis para pacientes con ESRD que requieren diálisis.	***Se requiere autorización previa para el transporte en situaciones que no son de emergencia** Copago de $225 por tramo para el beneficio de ambulancia cubierto por Medicare. Un tramo equivale al transporte en ambulancia a la instalación apropiada más cercana. Se incurre en otro tramo si luego se transporta al beneficiario en ambulancia a otra instalación.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exploración física anual Además de la consulta de bienestar anual (ver debajo), usted tiene cobertura para una exploración física preventivo por año. Los exámenes preventivos de rutina suelen incluir los siguientes: • Historia clínica (antecedentes médicos, familiares y sociales); • registro de signos vitales, altura y peso; • exploración física y control de los sistemas del cuerpo; • pruebas de detección adecuadas a la edad y el sexo; • revisión de medicamentos; • asesoramiento para la disminución del factor de riesgo.	No hay coseguro, copago o deducible para la exploración física anual.
Consulta de bienestar anual Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede acceder a una consulta de bienestar anual para elaborar o actualizar un plan preventivo personalizado de acuerdo con su estado de salud actual y los factores de riesgo. Tiene cobertura una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses en que tuvo la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no es necesario que tenga la consulta "Bienvenido a Medicare" para recibir cobertura para las consultas de bienestar anuales, después de que haya permanecido en la Parte B por 12 meses.	No hay coseguro, copago o deducible para la consulta de bienestar anual.
Densitometría Los siguientes servicios están cubiertos para las personas que califican (en general, personas en riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis) 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 e incluye la interpretación médica de los resultados.	No hay coseguro, copago o deducible para la densitometría cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años; • una mamografía cada 12 meses en mujeres mayores de 40 años; • exámenes clínicos de las mamas cada 24 meses.	No hay coseguro, copago o deducible para las mamografías cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicio, capacitación y asesoramiento, están cubiertos para los miembros que cumplen determinadas condiciones y tienen una orden del médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensivos, que suelen ser más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	***Se requiere autorización previa.** Copago de $40 por consulta para los servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) cubiertos por Medicare.
Consulta de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico podrá hablarle sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para garantizar que siga una alimentación saludable.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular y terapia conductual intensiva.
Pruebas de enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedad cardiovascular (o anormalidades asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada cinco años (60 meses).	No hay coseguro, copago o deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular, que tienen cobertura una vez cada cinco (5) años.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de cáncer vaginal y cervical Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si usted tiene riesgo de cáncer vaginal o cervical 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.	No hay coseguro, copago o deducible para los exámenes pélvicos y prueba de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna para corregir subluxación. **Límites/Restricciones:** Las consultas en el consultorio, las evaluaciones y las radiografías de diagnóstico que se realizan en el consultorio de un quiropráctico no son un beneficio cubierto por Medicare. El pago de estos servicios será exclusiva responsabilidad del miembro.	***Se necesita autorización previa para todas las visitas a partir de las 10 visitas anuales.** Copago de $20 por cada Para los servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de cáncer colorrectal Para las personas mayores de 50 años de edad, los siguientes servicios están cubiertos: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses. Uno de lo siguiente cada 12 meses: • prueba de Sangre Oculta en Materia Fecal con guayacol (gFOBT, por sus siglas en inglés); • prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés); análisis colorrectal por ADN cada 3 meses. Para las personas que tienen riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos los siguientes servicios: • Colonoscopia (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos los siguientes servicios: • Colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de realizarse una sigmoidoscopia.	No hay coseguro, copago o deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. No se requiere autorización para las enemas de bario cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías) no están cubiertos por Medicare Original. **Cubrimos los siguientes Servicios preventivos y de diagnóstico** De diagnóstico: procedimientos para ayudar al Proveedor a determinar el tratamiento odontológico necesario Preventivos: limpieza (la limpieza periodontal con presencia de encías inflamadas se considera un Beneficio básico a efectos de pago) • limpieza dental, una vez cada seis meses • examen oral, una vez al año • rayos X dentales, una vez al año **Limitaciones:** Usted paga un copago de $35 por la atención dental que no sea de rutina con cobertura de Medicare requerida para tratar enfermedades o lesiones. **Nota:** Para obtener información sobre la cobertura opcional y adicional de los beneficios odontológicos de carácter integral, consulte la Sección 2.2 de esta *Evidencia de Cobertura.*	***No se necesitan autorizaciones previas ni derivaciones.** Los servicios dentales preventivos están incluidos sin prima mensual adicional. No hay deducible, copago o coseguro por servicios dentales preventivos. Usted paga un copago de $35 por la atención dental que no sea de rutina con cobertura de Medicare requerida para tratar enfermedades o lesiones.
Detección de depresión Cubrimos una detección de depresión por año. La detección debe realizarse en un entorno de atención primaria, que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o derivaciones.	No hay coseguro, copago o deducible para la consulta anual para detección de depresión.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de diabetes Cubrimos esta detección (incluye exámenes de glucosa en ayunas) si usted presente alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial elevada (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Si usted cumple otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes familiares de diabetes, tendrá cobertura para los análisis. A partir de los resultados obtenidos de estos análisis, podrá resultar elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago o deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación sobre autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucemia: monitor de glucemia, tiras reactivas de glucemia, accesorios para lancetas y lancetas, y soluciones de control de azúcar en sangre (para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores). • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos personalizados (incluidas las plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas por año calendario o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas removibles no personalizadas que se proporcionan con tal calzado). La cobertura incluye la colocación. • La capacitación sobre autocontrol de la diabetes está cubierta bajo determinadas condiciones. **Nota:** Los únicos monitores de glucemia y tiras reactivas cubiertos son los productos CONTOUR®, fabricados por Ascensia Diabetes Care. Los productos de marcas alternativas no están cubiertos a menos que se apruebe una solicitud de autorización previa.	No hay coseguro, copago o deducible para los beneficiarios elegibles para el beneficio preventivo de capacitación sobre autocontrol de la diabetes. Usted paga el 20% del costo total de suministros para diabéticos y zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos. Usted paga el 10% del costo total por insumos para diabéticos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Consulte el Capítulo 12 del presente folleto para ver la definición de "equipo médico duradero".) Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso doméstico, bombas de infusión intravenosas, dispositivos para generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Nosotros ofrecemos cobertura para todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores de suministros está disponible en el *Directorio de proveedores y farmacias*, nuestro sitio web, la siguiente dirección web: http://prominencemedicare.com. En general, *Prominence Plus (HMO)* ofrece cobertura para todos los DME cubiertos por Medicare Original, de las marcas y fabricantes que figuran en esta lista. Nosotros no tenemos cobertura para otras marcas y fabricantes, a menos que su médico, u otro proveedor, nos informe que una marca determinada es más adecuada para sus necesidades médicas. No obstante, si usted es nuevo en *Prominence Plus (HMO)* y usa una marca de DME que no figura en nuestra lista, seguiremos cubriendo esa marca para usted por un período máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para elegir una marca que sea médicamente adecuada para usted después de que se cumpla el plazo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo derive para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no acuerdan con la decisión de la cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no acuerda con la decisión de su proveedor acerca de qué producto o marca es adecuada para su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).*)	***Se requiere autorización previa para todos los artículos con un precio de compra mayor a $500 o $38,50 por mes, si se alquilan.** Usted paga el 20 % del costo por artículos DME cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención en la sala de emergencias La atención de emergencia se refiere a los servicios que son de la siguiente manera: • suministrados por un proveedor calificado para proporcionar servicios en la sala de emergencias, • que se requieren para evaluar o estabilizar una afección médica en la sala de emergencias. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona no experta y sensata con un conocimiento medio de salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido para los servicios en la sala de emergencias proporcionados fuera de la red es el mismo que el de los servicios proporcionados dentro de la red. ★**Cobertura en cualquier parte del mundo** Si tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, puede que deba pagar los servicios recibidos por anticipado. Debe enviar a *Prominence Plus (HMO)* un resumen del alta o documentación médica equivalente y comprobante del pago, preferentemente en inglés y en dólares estadounidenses para el reembolso. Revisaremos la documentación para comprobar la necesidad médica y la pertinencia antes de que se realice el reembolso. Puede que no le reembolsemos todos los gastos extra. Si las notas clínicas no están en inglés, tendrá que proporcionar una traducción certificada. Si la factura del pago no está en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará utilizando la tasa de cambio del momento en que se procesa el comprobante.	Copago de $90 por visita. Si se lo ingresa al hospital como paciente internado por la misma afección dentro de los tres días de la visita a una habitación de la sala de emergencias, pagará $0 de copago por la visita a la sala de emergencias. Si recibe atención en la sala de emergencias en un hospital fuera de la red y necesita cuidado hospitalizado después de que la atención de emergencia se estabilizó, deberá recibir su cuidado hospitalario en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo será el costo compartido que pagaría en el hospital de la red. ★**Cobertura en cualquier parte del mundo** Copago de $90 por la atención de emergencia recibida en todo el mundo.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Programas de educación sobre bienestar y salud Servicios cubiertos, cuando los proporciona un proveedor participante: ★Programa de ejercitación y envejecimiento saludable de The Silver & Fit® incluye lo siguiente: • Acceso a centros de aptitud física y clases de opciones activas. • El programa de aptitud física domiciliario, si prefiere ejercitarse en casa. • Clases en línea. • Desafíos de aptitud física. • El programa The Silver & Fit Connected! ™, una forma fácil y divertida de llevar un registro de sus ejercicios. • Recompensas por la ejercitación* *Recompensas sujetas a cambio *Silver & Fit® es una marca comercial registrada a nivel federal de la American Specialty Health Incorporated y utilizada con autorización aquí.*	**Beneficio de aptitud física** Copago de $0 por Silver & Fit® Silver & Fit® proporciona acceso a centros de aptitud física, clases, kits de ejercicios en casa y visitas ilimitadas a los centros de aptitud física participantes.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de audición Se cubren las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Se cubren las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico como atención ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. Servicios cubiertos: • Exámenes de diagnóstico de la audición • ★ Exámenes de audición de rutina: uno por año • Audífonos: reembolso anual **Audífonos:** Nuestro plan paga hasta $500 por oído**,** todos los años destinados a la compra de un audífono. El gasto extra del miembro por audífono varía según el nivel de tecnología que seleccione el miembro. Existen cinco niveles de tecnología ofrecidos al miembro.	***No se necesitan autorizaciones previas ni derivaciones.** Examen para diagnosticar y tratar los problemas de audición y equilibrio: 20 % de coseguro. Examen de audición de rutina (hasta uno por año): $0 de copago. **Novedades para el 2019**: El beneficio de audífonos se incluye sin prima mensual adicional. Usted paga entre el 44 % y el 66 % del costo total, según el nivel de tecnología del audífono seleccionado. Aplica un monto máximo de cobertura anual de $500 para audífonos (por oído).
Detección de VIH Para las personas que consultan por una prueba de detección de VIH o que están a un alto riesgo de infección con VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No existe coseguro, copago o deducible para los miembros que califican para los exámenes preventivos de detección de VIH cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidado de agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios de atención médica a domicilio y solicitará que se una agencia de atención médica a domicilio proporcione servicios de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir del hogar implica un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Enfermería calificada a medio tiempo o intermitente y servicios de ayuda de atención médica a domicilio (Para que se cubran conforme al beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería calificada y de atención médica a domicilio combinados deben sumar en total menos que ocho horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Se requieren equipos y suministros médicos	***Se requiere autorización previa** Copago de $0 por cada Visitas de atención de la salud en el hogar cubiertas por Medicare. Puede que correspondan copagos adicionales para los equipos médicos, los suministros médicos, los medicamentos o los servicios sociales proporcionados por una agencia de atención médica a domicilio.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidados paliativos Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Califica para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos le hayan dado un pronóstico terminal certificando que usted es un enfermo terminal y que tiene seis meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención en el hogar <u>Para los servicios de cuidados paliativos y para los servicios que cubren la Parte A y B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal</u>: Original Medicare (más que nuestro plan) pagará por los servicios de cuidados paliativos y por cualquier servicio de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos será Original Medicare para los servicios por los que paga Original Medicare. <u>Para los servicios que cubren la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal</u>: Si necesita servicios que no son de emergencia o de necesidad urgente que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor dentro de la red del plan: • Si recibe los servicios cubiertos de parte de un proveedor de la red, solo paga el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos a partir de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme a la tarifa por servicio de Medicare (Original Medicare).	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidado paliativo y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, y no *Prominence Plus (HMO)*.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Para los servicios cubiertos por *Prominence Plus (HMO)* que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: *Prominence Plus (HMO)* seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos conforme a la Parte A o B estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan para recibir estos servicios. Para los medicamentos que podría cubrir el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 *(Qué ocurre si recibe los cuidados paliativos certificados por Medicare*). **Nota:** Si necesita cuidados no paliativos (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), nos debe contactar para programar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Inyecciones contra la gripe, una por temporada de gripe en el otoño y el invierno, con inyecciones adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la Hepatitis B si está expuesto a alto riesgo o riesgo intermedio de contraer Hepatitis B. • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos algunas vacunas conforme al beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	No existe coseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza y la Hepatitis B.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidados durante las estadías en el hospital Incluye hospitales de agudos, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospitalización. La atención de hospitalización comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con una orden del médico. Su último día como paciente hospitalizado es el día anterior a recibir el alta. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería normales. • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarias). • Medicamentos y medicaciones. • Pruebas de laboratorio. • Servicios de radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas. • Costos de la habitación quirúrgica y de recuperación. • Terapia física, ocupacional y del habla. • Servicios hospitalarios para el control del abuso de sustancias.	***Se requiere autorización previa** Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una estadía hospitalizada. Usted paga $600 por estadía hospitalizada. Salvo en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que se lo va a ingresar al hospital. Si recibe cuidado hospitalizado autorizado en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidados durante las estadías en el hospital (continuación) • Para determinadas afecciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: corneal, de riñón, de riñón y páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula, de célula madre y de intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos que un centro de trasplantes autorizado por Medicare revise su caso para que decida si usted es o no candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicios. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red están fuera del patrón de cuidados de la comunidad, puede elegir ir a uno local siempre que los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si *Prominence Plus (HMO)* proporciona servicios de trasplante en una ubicación externa al patrón de cuidados para trasplantes en su comunidad, y usted decide recibir el trasplante en esta ubicación alejada, lo programaremos o pagaremos los costos de alojamiento y traslado adecuados para usted y un acompañante. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de hematíes comienza solo con la primera pinta de sangre que necesita. • Servicios del médico **Nota:** Para estar hospitalizado, su proveedor debe escribir una solicitud para que se lo admita formalmente como paciente hospitalizado en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, puede que se lo siga considerando un paciente "ambulatorio". Si no está seguro de ser un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe consultar con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!" Esta hoja de datos se encuentra disponible en la web en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números las 24 horas del día, los siete días de la semana.	

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidados en hospitales de salud mental Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental que requieren la estadía en un hospital. El plan cubre 90 días por período de beneficio. Un período de beneficio comienza el día que se lo ingresa al hospital como paciente hospitalizado. Termina cuando lleva 60 días consecutivos sin cuidados hospitalarios de salud mental. • Nuestro plan cubre hasta 60 días de reserva para toda la vida que se pueden utilizar cuando está en el hospital durante más de 90 días. • Recibe hasta 190 días de cuidados hospitalarios en el hospital psiquiátrico durante toda la vida. El límite de 190 días no corresponde para los servicios hospitalarios de salud mental proporcionados por una unidad psiquiátrica de un hospital general.	***Se requiere autorización previa.** Para cada estadía en el hospital por cuidados hospitalarios de salud mental usted paga lo siguiente: Días 1 a 5 un copago de $330 por día. Días 6 a 90: un copago de $0 por día Los Días de reserva para Toda la Vida (utilizados si una estadía hospitalaria dura más de 90 días por período de beneficio), usted paga lo siguiente: Días 1 a 5 un copago de $330 por día. Días 6 a 60: un copago de $0 por día. Salvo en caso de una emergencia, su médico debe informarle al plan que se lo va a ingresar al hospital. Si recibe cuidado hospitalizado autorizado en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su afección de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta Si ha agotado sus beneficios hospitalarios o si la estadía hospitalaria no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía hospitalaria. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que recibe mientras está en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en ingles). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). • Radiografías, radio, terapia de isótopos, incluidos los materiales y los servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y las dislocaciones. • Dispositivos de prótesis y ortóticos (que no sean odontológicos) que reemplacen todo o parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o todo o parte de la función de un órgano corporal interno que esté fuera de funcionamiento o esté funcionando mal, incluido el reemplazo o las reparaciones de tales dispositivos. • Protectores de piernas, brazos y cuello; armazones, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos por la ruptura, el gasto por uso, la pérdida o el cambio en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	***Se puede requerir autorización previa** Paga el mismo costo compartido para cada servicio que pagaría sobre una base ambulatoria.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (de riñón) (pero que no estén en diálisis), o después de un trasplante de riñón cuando lo solicite su médico. Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento uno a uno durante el primer año que recibe los servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y dos horas por año después de eso. Si cambia la afección, el tratamiento o el diagnóstico, puede que reciba más horas de tratamiento con la solicitud de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su solicitud anualmente si es necesario seguir con el tratamiento el próximo año calendario.	No existe coseguro, copago o deducible para los miembros que califican para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) Para los beneficiarios que califiquen se cubrirán los servicios del Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) conforme a los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada para el cambio de conductas de salud que brinda capacitación práctica en cambio alimenticio a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para la resolución de problemas para los desafíos que se aproximan de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay deducible, copago o coseguro para el beneficio MDPP.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Medicamentos con receta de Medicare Parte B Estos medicamentos están cubiertos conforme a la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos mediante el plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que no se suelen autoadministrar por el paciente y que se inyectan o se ingieren mientras recibe servicios del médico, ambulatorios de hospital o en los centros de cirugía ambulatoria. • Medicamentos que toma utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que el plan autorizó. • Factores de coagulación que se administra a sí mismo mediante inyecciones si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunodepresivos, si está inscrito en Medicare Parte A al momento del trasplante de un órgano. • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si está confinado en el hogar, tiene una fractura de hueso que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenstrual y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos contra el cáncer y contra las náuseas. • Determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamento con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran sus recetas. Lo que paga por los medicamentos con receta de la Parte D mediante nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	***Se requiere autorización previa para todos los medicamentos de la Parte B con un costo mayor que $100.** Para los medicamentos con receta cubiertos por la Parte B de Medicare, paga el 20 % del costo.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o superior, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo obtiene en un ámbito de cuidados primarios, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria para conocer más.	No hay deducible, copago o coseguro para la detección y el tratamiento de la obesidad.
Insumos y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Terapia por radiación (de radio y de isótopos), incluidos los materiales y los suministros del técnico. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y las dislocaciones. • Análisis de laboratorio • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de hematíes comienza solo con la primera pinta de sangre que necesita. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	***Se requiere autorización previa para pruebas genéticas, servicios de radiología de diagnóstico y terapéutica.** Para los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare, (tales como las TC y las RM): $225 de copago. Procedimientos/pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio: $0 de copago Servicios radiológicos terapéuticos (tales como el tratamiento por radiación para el cáncer): $60 de copago. Servicios de radiografía: $15 de copago

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el Departamento Ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Los servicios en un Departamento de Emergencias o en una clínica ambulatoria, tales como los servicios de observación o la cirugía ambulatoria. • Pruebas de diagnóstico y de laboratorio facturadas por el hospital. • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado de un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sería necesario un tratamiento hospitalizado sin él. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, talos como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y agentes biológicos que no se puede administrar por sí mismo. **Nota:** A menos que el proveedor haya escrito una solicitud para ingresarlo al hospital como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para los servicios ambulatorios del hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, puede que se lo siga considerando un paciente "ambulatorio". Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, debe consultar con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!" Esta hoja de datos se encuentra disponible en la web en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números las 24 horas del día, los siete días de la semana.	***Se requiere autorización previa** $55 de copago por día para el Programa de Hospitalización Parcial cubierto por Medicare y terapéutica. $200 de copago por los servicios ambulatorios del hospital. $250 de copago por los servicios recibidos durante los cuidados en Observación. $50 de copago por el tratamiento del cuidado de heridas en consultorios de proveedores, centros quirúrgicos ambulatorios o centros de cuidado de heridas contratados.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidados ambulatorios de salud mental Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico certificado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un médico enfermero, un asistente del médico u otro profesional de la salud mental calificado para Medicare según se permita conforme a la legislación estatal correspondiente.	***Se requiere autorización previa para los servicios recibidos de parte de un psiquiatra** Copago de $35 por cada visita cubierta por terapia grupal o individual Medicare.
Servicios de rehabilitación ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios ambulatorios de rehabilitación se proporcionas en varios ámbitos ambulatorios, como los Departamentos Ambulatorios del hospital, los consultorios de los terapeutas independientes y los Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés). **Límites/Restricciones:** Se permiten anualmente un máximo de 10 consultas por terapia.	***Se requiere autorización previa para la terapia física, ocupacional y del habla** Copago de $40 por cada visita cubierta por Consulta por terapia ocupacional, física o del habla/lenguaje.
Servicios ambulatorios para el control del abuso de sustancias Los servicios ambulatorios para el tratamiento del abuso de sustancias que se proporcionan en el Departamento Ambulatorio de un hospital o en un centro o establecimiento ambulatorio para los pacientes: • Que se les ha dado el alta de una estadía hospitalaria por el tratamiento del abuso de sustancias y drogas, • Que necesitan tratamiento, pero no necesitan la disponibilidad y la intensidad de los servicios que se encuentran solo en los ámbitos de hospitalización en el hospital.	***Se requiere autorización previa para los servicios proporcionados en un centro.** $35 de copago por las visitas grupales o individuales para el tratamiento ambulatorio del abuso de sustancias cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en las instalaciones ambulatorias del hospital y en los centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si se va a realizar una operación en un centro del hospital, debe corroborar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una solicitud para ingresarlo al hospital como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, puede que se lo siga considerando un paciente "ambulatorio".	***Se requiere autorización previa** $150 de copago en el centro de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés). $250 de copago por todos los servicios recibidos durante los cuidados en Observación. Usted paga un copago de $50 por el tratamiento cuidado de heridas en consultorios de proveedores, centros quirúrgicos ambulatorios o centros de cuidado de heridas contratados.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
★Medicamentos de venta libre (OTC) Nuestro plan proporciona una asignación de $50 para medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) cada tres meses para los artículos relacionados con la salud y los medicamentos que están disponibles sin receta. **Límites/Restricciones:** • Los artículos OTC se pueden comprar únicamente para la persona inscrita. • Este beneficio está compuesto por los artículos de venta libre (OTC) aprobados por Medicare. • Cualquier parte no utilizada de la asignación de $50 cada tres meses no se podrá trasladar a los próximos tres meses. • (Los artículos que califican se detallan en nuestro folleto y en nuestra página web). • La terapia de sustitución de nicotina no es un producto cubierto por el beneficio de productos y medicamentos OTC. Contáctese con el plan para recibir instrucciones específicas para utilizar este beneficio y nuestra lista de artículos de venta libre cubiertos. Llame al Servicio para Miembros al 1-855-969-5882. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711 o visitarnos en www.ProminenceMedicare.com.	$0 de copago en los artículos de venta libre aprobados por Medicare. Usted recibe una asignación de $50 cada tres meses para artículos OTC aprobados por Medicare. Los artículos encargados mediante este programa se le entregan de manera gratuita. Los saldos no se acumulan al siguiente periodo si no se utilizan. Para obtener más información acerca de productos OTC, llame a Servicios para Miembros o visite nuestra página web. Los números de teléfono de Servicios para Miembros y la dirección de nuestro sitio web se encuentran en el reverso del presente folleto.
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio del hospital o mediante un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su terapeuta o médico y es una alternativa a la hospitalización como paciente hospitalizado.	***Se requiere autorización previa** $55 de copago por día para visita cubierta por hospitalización parcial y terapéutica.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Cuidado médico o los servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en el consultorio de un médico, en un centro de cirugía ambulatoria certificado, en el Departamento Ambulatorio del hospital o en cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP o por un especialista, si su médico lo solicita para ver si necesita tratamiento médico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la operación. • Cuidado odontológico que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la operación de mandíbula o estructuras similares, al arreglo de fracturas de mandíbula o huesos faciales, a la extracción de muelas para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación de la enfermedad del cáncer neoplásico o a los servicios que se cubrirían cuando los proporcionara un médico). **Nota:** Para las consultas con especialistas, no se necesitan solicitudes de derivaciones del médico de atención primaria (PCP) de la red.	$0 de copago por cada consulta con el médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare. $35 de copago por cada consulta con el especialista para los beneficios cubiertos por Medicare. (Los copagos de los especialistas varían en función de la especialidad o el servicio del proveedor).
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento quirúrgico o médico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolón calcáneo). • Cuidado de los pies de rutina para los miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado de los pies médicamente necesario. Copago de $50 por cada Consulta cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Exámenes para la detección del cáncer de próstata Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital. • Prueba de antígeno prostático específico (APE).	No hay coseguro, copago o deducible para una prueba anual de APE.
Dispositivos prostéticos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean odontológicos) que reemplazan todo o parte de una parte del cuerpo o una función. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, zapatos prostéticos, extremidades artificiales y prótesis de mama (incluidos un sujetador quirúrgico después de la mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con los dispositivos prostéticos y la reparación o reemplazo de dispositivos prostéticos. También incluye algo de cobertura posterior a la extracción de cataratas u operación de cataratas; consulte "Cuidado de la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.	***Se necesita de autorización previa para todos los artículos con un precio de compra mayor a $500 o $38,50 por mes, si es alquilado.** 20% del costo para visita cubierta por los dispositivos prostéticos. 10 % del costo para los suministros médicos relacionados con los artículos prostéticos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren los programas integrales de rehabilitación pulmonar para los miembros que tengan Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a grave; y se requiere una solicitud de rehabilitación pulmonar por parte del médico que trate la enfermedad respiratoria crónica.	***Se requiere autorización previa** $30 de copago por visita para recibir servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare en un consultorio o un centro independiente.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol Cubrimos un examen de detección de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que hagan un uso indebido del alcohol, pero que no sean alcohólicos dependientes. Si el examen de detección da positivo al uso indebido del alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento en persona por año (si durante el asesoramiento usted se encuentra competente y atento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado en un ambiente de atención primaria.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol cubierto por Medicare.
Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que califican, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) cada 12 meses. **Los miembros que califican son**: personas de entre 55 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco de, al menos, 30 paquetes-años y que actualmente fumen o que hayan dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que obtengan una solicitud por escrito de LDCT durante un asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y una visita de toma de decisión compartida que reúna los criterios de Medicare para tales consultas y que sea proporcionada por un médico o un practicante calificado que no sea médico. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón posteriores al examen de detección LDCT inicial:* los miembros tendrán que recibir una solicitud por escrito para el examen de detección de cáncer de pulmón LDCT, que se debe realizar durante cualquier consulta que corresponda con un médico o un practicante calificado que no sea médico. Si el médico o el practicante calificado que no sea médico decide proporcionar asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con LDCT subsecuentes, la consulta debe reunir los criterios de Medicare para tales consultas.	No hay coseguro, copago o deducible para el asesoramiento o la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para el LDCT.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenir las STI Cubrimos los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para las mujeres embarazadas y para determinadas personas que estén expuestas a un alto riesgo de contraer una STI cuando se soliciten las pruebas por parte de un médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de 20 a 30 minutos en persona de asesoramiento conductual de alta intensidad todos los años para adultos sexualmente activos que estén expuestos a un alto riesgo de contraer STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si se los proporciona el médico de atención primaria y tienen lugar en un ámbito de atención primaria, como el consultorio del médico.	No hay coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de exámenes de detección de las STI y asesoramiento para prevenir las STI cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar cómo cuidar los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa I.V., cuando los deriva su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal durante toda la vida. • Los tratamientos ambulatorios de diálisis (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3). • Los tratamientos de diálisis hospitalarios (si se lo ingresa como paciente hospitalizado en el hospital por cuidados especiales). • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquiera que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Suministros y equipos para diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar (como ser, cuando sea necesario, visitas de trabajadores capacitados para realizar diálisis para controlar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar su equipo de diálisis y el suministro de agua). Determinados medicamentes están cubiertos por su beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para más información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, diríjase a la sección "Medicamentos con receta de Medicare Parte B".	***Se requiere autorización previa para todos los servicios salvo la capacitación para tratar la enfermedad renal.** Para los servicios cubiertos por Medicare para tratar la enfermedad y las afecciones renales, usted paga: 20 % de coseguro para diálisis renal. $0 de copago para los servicios de capacitación para tratar la enfermedad renal.

Atención en Centro de enfermería especializada (SNF)

(Para obtener una definición de "Atención en Centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF").

El plan cubre 100 días por período de beneficio. El período de un beneficio comienza el día en que usted asiste a un centro de enfermería especializada. El período del beneficio termina cuando usted asiste 60 días consecutivos sin atención de enfermería especializada. Si entra a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficio, comienza un nuevo período de beneficio. No se necesita una estadía en el hospital previa antes de recibir la atención en el centro de enfermería especializada.

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesaria).
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería especializada.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.
- Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes en el cuerpo de manera natural, como factores de coagulación de la sangre).
- Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de hematíes comienza solo con la primera pinta de sangre que necesita.
- Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por los SNF.
- Pruebas de laboratorio normalmente proporcionadas por los SNF.
- Radiografías y otros servicios de radiología normalmente proporcionadas por los SNF.
- Uso de dispositivos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionadas por los SNF.
- Servicios del médico.

En general, recibirá su atención en el SNF a partir de centros de la red. Sin embargo, en determinadas condiciones que se enumeran más abajo, puede que deba pagar el costo compartido de la red por un centro que no es proveedor de la red, si el centro acepta nuestros montos del plan como pago.

- Una residencia para ancianos o una comunidad de jubilación con atención continua donde vivía justo antes de ser llevado al hospital (siempre que proporcione atención en centro de enfermería especializada).
- Un SNF donde su cónyuge vive en el momento en que usted deja el hospital.

***Se requiere autorización Previa**

Por cada período de beneficio, usted paga lo siguiente:
un copago de $0 por día los días 1 a 20. y un copago de $170 por día los días 21 a 45.
un copago de $0 por día, los días 46 a 100.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Dejar de fumar y de usar tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco) Si usa tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos intentos de dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses a modo de servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro encuentros en persona. Si usa tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el uso de tabaco: Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; sin embargo, tendrá que pagar el coso compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro encuentros en persona.	No hay coseguro, copago o deducible para los beneficios preventivos para dejar de usar tabaco y dejar de fumar cubiertos por Medicare.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) Se cubre el tratamiento con ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para los miembros que tengan enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés) y una derivación de PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se reúnen los requisitos para el programa SET. El programa SET debe cumplir con lo siguiente: • Constar de sesiones que duren de 30 a 60 minutos, incluido un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno ambulatorio del hospital o en el consultorio del médico. • Estar proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios superen los daños y quienes están capacitados en el tratamiento con ejercicios de PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un médico enfermero/especialista en enfermería clínica que se debe capacitar en técnicas básicas y avanzadas para el soporte vital. Puede que el SET esté cubierto más allá de las 36 sesiones durante 12 meses para 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	$50 de copago para las visitas del tratamiento con ejercicios supervisados (SET).

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de transporte Los miembros del plan *Prominence Plus (HMO)* H7680-002 (South TX) pueden acceder a **20 viajes de un tramo** a ubicaciones aprobadas por el plan. El transporte puede incluir viajes en taxi, bus / metro, furgoneta o transporte médico.	***Se requiere autorización previa** Usted paga $0 por servicios de trasporte aprobados por el plan.
Servicios necesitados con urgencia Se proporcionan servicios de necesidad de urgencia para tratar una enfermedad médica imprevista que no sea de emergencia, lesión o una afección que requiere la atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos. El costo compartido para los servicios de necesidad de urgencia proporcionados fuera de la red es el mismo que el de los servicios proporcionados dentro de la red. ★**Cobertura en cualquier parte del mundo** Si necesita una atención de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, puede que deba pagar los servicios recibidos por anticipado. Debe enviar a *Prominence Plus (HMO)* una factura del alta o documentación médica equivalente y comprobante del pago, preferentemente en inglés y en dólares estadounidenses para el reembolso. Revisaremos la documentación para comprobar la necesidad médica y la pertinencia antes de que se realice el reembolso. Puede que no le reembolsemos todos los gastos extra. Si las notas clínicas no están en inglés, tendrá que proporcionar una traducción certificada. Si la factura del pago no está en dólares estadounidenses, el reembolso se calculará utilizando la tasa de cambio del momento en que se procesa el comprobante.	$25 de copago para los servicios de necesidad de urgencia cubiertos por Medicare. Si se lo ingresa en el hospital dentro de los 3 día(s) por la misma afección, paga $0 por la visita de atención de la necesidad de urgencia. ★**Cobertura en cualquier parte del mundo** Copago de $25 por la atención de urgencia recibida en todo el mundo.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que usted debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios ambulatorios del médico para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones en el ojo) para lentes / lentes de contacto. • Para las personas que están expuestas a un alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma por año. Las personas expuestas a un alto riesgo de glaucoma incluyen las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años y más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre el examen de detección para la retinopatía diabética una vez por año • Un par de lentes o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluye la inserción de un lente intraocular (si se realiza dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservarse el beneficio después de la primera operación para comprar dos lentes después de la segunda operación).	$35 de copago para los exámenes oculares cubiertos por Medicare para tratar las enfermedades y las afecciones de los ojos. $0 de copago para un examen de detección de glaucoma anual. $0 de copago para el examen de retina. $25 de copago para los exámenes oculares de rutina. Hay un examen anual cubierto. 20 % del costo total para un par de gafas correctivas/lentes o un par de lentes de contacto después de una operación de cataratas. usted paga todo el costo de cualquier actualización y el 100 % para recibir cualquier servicio no cubierto. Recibe una asignación anual de $200 para los artefactos de los ojos (lentes, lentes de contacto y marcos).
Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva por única vez "Bienvenido a Medicare". Esta consulta incluye una revisión de su salud, además de capacitación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que necesita (incluidos determinados exámenes de detección e inyecciones) y las derivaciones para recibir otra atención, si son necesarias. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de que tenga Medicare Parte B. Cuando pida una consulta, hágale saber al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No hay coseguro, copago o deducible, copago o coseguro para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan "**Beneficios complementarios opcionales".** Si quiere estos beneficios complementarios opcionales, debe suscribirse a ellos y puede que deba pagar una prima adicional para recibirlos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.

Puede seleccionar cobertura odontológica integral complementaria opcional (aplica prima mensual).	
Servicios odontológicos integrales complementarios opcionales	**Lo que debe pagar cuando decida obtener estos servicios**
Prima mensual	$22
Deducible	$50
Los servicios completos opcionales cubiertos pueden incluir: **Servicios básicos:** Cirugía oral: extracciones y otros procedimientos quirúrgicos (incluida la atención pre y postoperatoria). Anestesia general o sedación I.V.: cuando la administra un proveedor de cirugía oral cubierta o de procedimientos quirúrgicos periodontales o de endodoncia selectos. Endodoncia: tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dental. Periodoncia: tratamiento de encías y de los huesos que sostienen los dientes. Paliativa: tratamiento de emergencia para aliviar el dolor. Restaurativa básica: amalgama y restauraciones con compuestos a base de resina (rellenado). Consultas con especialistas: opinión o consejo solicitado por un dentista general.	No se necesitan autorizaciones previas ni derivaciones. Para endodoncia, extracciones, periodoncia y prostodoncia y otras cirugías de orales/maxilofaciales, paga el 50 % de coseguro. Para los servicios odontológicos restaurativos, paga el 30 % de coseguro. $1,000 de monto de cobertura anual máximo por año para servicios dentales que no son de Medicare Parte A y Parte B. Consulte la *Evidencia de cobertura de Delta Dental* para obtener más información.

Puede seleccionar cobertura odontológica integral complementaria opcional (aplica prima mensual).	
Servicios odontológicos integrales complementarios opcionales	**Lo que debe pagar cuando decida obtener estos servicios**
Reparación y revestimiento de dentaduras postizas: reparación de las dentaduras postizas parciales o enteras, incluidos los procedimientos para rehacer la base o de revestimiento. **Servicios importantes:** Coronas y empastes/recubrimientos: tratamiento de lesiones por caries (deterioro visible de la estructura dentaria dura) cuando los dientes no se pueden restaurar con amalgama o compuestos a base de resina. Prostodoncia: procedimientos para la construcción de puentes fijos, dentaduras postizas parciales o enteras y para la reparación de puentes fijos. Restaurativa importante: coronas prefabricadas para el tratamiento de lesiones por caries (destrucción visible de la estructura dentaria dura como resultado del proceso de deterioro). **Limitaciones:** 1) Los servicios que son más costosos que la forma de tratamiento habitualmente proporcionada conforme a los estándares aceptados de prácticas odontológicas se denominan "Servicios opcionales". Los Servicios opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de procedimientos estándar. Ejemplos de Servicios opcionales: a) una restauración con compuesto en lugar de una restauración con amalgama en los dientes posteriores; b) una corona cuando un rellenado restauraría el diente; c) un empaste/recubrimiento en lugar de una restauración con amalgama; d) porcelana, resina o materiales similares para las coronas que se colocan en el segundo o tercer molar superior o en cualquier molar inferior (se realizará una asignación para una corona de porcelana fundida sobre metal noble); e) una sobredentadura en lugar de una dentadura postiza.	

Puede seleccionar cobertura odontológica integral complementaria opcional (aplica prima mensual).	
Servicios odontológicos integrales complementarios opcionales	**Lo que debe pagar cuando decida obtener estos servicios**
Si recibe Servicios opcionales, se le permitirá un Beneficio alternativo, lo que significa que Delta Dental basará los Beneficios en el costo más bajo del servicio habitual o de la práctica estándar en lugar del costo más alto del Servicio opcional. Usted será responsable de pagar la diferencia entre el costo más alto del Servicio opcional y el costo más bajo del servicio habitual o del procedimiento estándar. (2) Limitaciones para el examen y la limpieza a) Delta Dental pagará los exámenes orales (salvo los exámenes que se realicen después del horario y los exámenes de observación) y las limpiezas (incluidas las limpiezas periodontales cuando existan encías inflamadas o cualquier combinación de ello) no más de dos veces por año calendario. b) Se permite un desbridamiento de boca completa una vez en toda la vida y se contabiliza dentro de la frecuencia de limpiezas del año en que se proporciona. c) Tenga en cuenta que las limpiezas periodontales, los Códigos de procedimiento que incluyen las limpiezas periodontales y el desbridamiento de boca completa se cubren como Beneficio básico, y las limpiezas de rutina se cubren como Beneficio de diagnóstico y preventivo. (3) Limitaciones de radiografías: a) Delta Dental limitará el monto total reembolsable a la Tarifa aceptada del proveedor para una serie completa de radiografías intraorales cuando la tarifa de cualquier combinación de radiografías intraorales en una serie de tratamiento simple alcance o supere la Tarifa aceptada para una serie completa de radiografías intraorales.	

Puede seleccionar cobertura odontológica integral complementaria opcional (aplica prima mensual).	
Servicios odontológicos integrales complementarios opcionales	**Lo que debe pagar cuando decida obtener estos servicios**
b) Cuando se solicite una radiografía panorámica con radiografía(s) complementarias, Delta Dental limitará el monto total reembolsable a la Tarifa aceptada del proveedor para una serie completa de radiografías intraorales. c) Si se toma una radiografía panorámica en conjunto con una serie completa de radiografías intraorales, Delta Dental considera que la radiografía panorámica se incluirá en la serie completa. d) Tanto la serie de radiografías intraorales como la radiografía panorámica están limitadas a una vez cada 60 meses. e) Las radiografías de mordida están limitadas a dos veces por año calendario. Las radiografías de mordida de cualquier tipo no están permitidas dentro de los 12 meses de realizar la serie de boca completa, a menos que estén justificadas por circunstancias especiales. (4) Se permite una prueba por día de las pruebas de vitalidad pulpar cuando no se realiza el tratamiento definitivo. (5) Las consultas con especialistas, los exámenes de detección de los pacientes y las evaluaciones de los pacientes se limitan a uno para toda la vida por Proveedor y se contabilizan dentro de la frecuencia en exámenes orales. (6) Delta Dental no cubrirá el reemplazo de una amalgama o las restauraciones del compuesto a base de resina (rellenados) dentro de los 24 meses de tratamiento si el servicio se proporciona por el mismo consultorio del Proveedor / Proveedor. Las restauraciones de reemplazo dentro de los 24 meses se incluyen en la tarifa de la restauración original.	

Puede seleccionar cobertura odontológica integral complementaria opcional (aplica prima mensual).	
Servicios odontológicos integrales complementarios opcionales	**Lo que debe pagar cuando decida obtener estos servicios**
(7) Se permite una restauración protectora (empaste sedante) por diente durante toda la vida cuando el tratamiento definitivo no se realiza en la misma fecha del servicio. (8) Los tratamientos de conducto radicular y la terapia pulpar (empaste reabsorbible) se limitan a uno para toda la vida. Que el mismo proveedor/consultorio del proveedor vuelva a tratar el tratamiento de conducto radicular dentro de los 24 meses se considera parte del procedimiento original. (9) Que el mismo proveedor / consultorio del proveedor vuelva a tratar la operación periapical dentro de los 24 meses se considera parte del procedimiento original. (10) El tratamiento paliativo se cubre por visita, no por diente, y la tarifa incluye todos los tratamientos proporcionados que no sean las radiografías necesarias o los procedimientos de diagnóstico selectos. (11) Limitaciones periodontales: a) Los beneficios de raspado y alisado radicular periodontales en el mismo cuadrante se limitan a uno por período de 24 meses. b) La operación periodontal en el mismo cuadrante se limita a una cada período de 36 meses e incluye cualquier reingreso quirúrgico o raspado y alisado radicular. c) Los servicios periodontales, incluidos los injertos para el reemplazo de huesos, la regeneración tisular guiada, los procedimientos de injerto y los materiales biológicos para ayudar a la regeneración de los tejidos blandos y óseos solo se cubren para el tratamiento de los dientes naturales y no están cubiertos cuando se solicitan en conjunto con extracciones, operación perirradicular, aumento de la cresta o implantes.	

Puede seleccionar cobertura odontológica integral complementaria opcional (aplica prima mensual).	
Servicios odontológicos integrales complementarios opcionales	**Lo que debe pagar cuando decida obtener estos servicios**
d) La operación periodontal está sujeta a 30 días de espera posteriores al raspado y alisado radicular periodontales en el mismo cuadrante. e) Las limpiezas (regulares y periodontales) y el desbridamiento de boca completa están sujetos a 30 días de espera posteriores al raspado y alisado radicular periodontales si los realiza el mismo consultorio del proveedor. (12) Los servicios de cirugía oral están cubiertos una vez para toda la vida, excepto la extracción de quistes y lesiones y los procedimientos de incisión y drenaje, que están cubiertas una vez el mismo día. (13) Las coronas y los empastes/recubrimientos no están cubiertos más que una vez por período de 60 meses, salvo cuando Delta Dental determine que la corona o el empaste/recubrimiento no sea suficiente y no se pueda utilizar de manera satisfactoria porque el diente envuelto ha sufrido pérdida extensiva o modificaciones en la estructura dental o en los tejidos de soporte. (14) Reconstrucción de muñones, incluido cualquier perno, no se cubre más que una vez por período de 60 meses. (15) Los servicios de pernos y muñones no se cubren más que una vez por período de 60 meses. (16) Las reparaciones de coronas no están cubiertas más que dos veces por cada período de 60 meses. (17) Las reparaciones de dentadura postiza no están cubiertas más que una vez por período de seis (6) meses, salvo para las reparaciones de dentaduras postizas fijas que no están cubiertas más que dos veces por período de 60 meses.	

Puede seleccionar cobertura odontológica integral complementaria opcional (aplica prima mensual).	
Servicios odontológicos integrales complementarios opcionales	**Lo que debe pagar cuando decida obtener estos servicios**
(18) Los dispositivos de prostodoncia proporcionados conforme a cualquier programa de Delta Dental se reemplazarán solo después de que hayan pasado 60 meses, salvo cuando Delta Dental determine que existe una pérdida extensiva de los dientes remanentes o una modificación en el tejido de soporte tal que el puente fijo existente o la dentadura postiza no se pueden realizar de manera satisfactoria. Se efectuará el reemplazo de un dispositivo de prostodoncia no proporcionado conforme al programa de Delta Dental si Delta Dental determina que no es satisfactorio y que no se puede realizar de manera satisfactoria.	
(19) Cuando un puente fijo posterior y una dentadura postiza parcial removible están colocados en el mismo arco en el mismo episodio del tratamiento, solo se considerará beneficio a la dentadura postiza parcial.	
(20) La recementación de coronas, empastes/recubrimientos o puentes están incluidos en la tarifa para la corona, el empaste/recubrimiento o el puente cuando la realiza el mismo proveedor/consultorio del proveedor dentro de los seis (6) meses de la colocación inicial. Después de seis (6) meses, el pago se limitará a una (1) recementación para toda la vida por el mismo proveedor/consultorio del proveedor.	
(21) Delta Dental limita los pagos de dentaduras a una dentadura postiza parcial o entera (corresponden coseguros del inscrito). Una dentadura postiza estándar refiere a un dispositivo extraíble para reemplazar dientes naturales faltantes de manera permanente que se fabrica con materiales aceptables por medios convencionales y que incluye la atención de rutina posterior a la aplicación, incluido cualquier ajuste y revestimiento durante los primeros seis (6) meses posteriores a la colocación.	

Puede seleccionar cobertura odontológica integral complementaria opcional (aplica prima mensual).	
Servicios odontológicos integrales complementarios opcionales	**Lo que debe pagar cuando decida obtener estos servicios**
a) La reconfección de la base de la dentadura postiza se limita a una (1) por arco en un período de 24 meses e incluye cualquier revestimiento y ajuste durante los seis (6) meses posteriores a la colocación. b) Las dentaduras, las dentaduras parciales extraíbles y los revestimientos incluyen ajustes durante los seis (6) meses posteriores a la instalación. Después de los seis (6) meses iniciales de un ajuste o revestimiento, los ajustes se limitan a dos (2) por arco en el año calendario y el revestimiento se limita a uno (1) por año en un período de seis (6) meses. c) El acondicionamiento de tejidos se limita a dos (2) por arco en un período de 12 meses. Sin embargo, el acondicionamiento de tejidos no está permitido como Beneficio independiente cuando se realiza el mismo día que el servicio de dentadura postiza, revestimiento o reconfección de base. d) La recementación de dentaduras parciales fijas está limitada a una para toda la vida. (22) Delta Dental no pagará implantes (dientes artificiales implantados en o sobre el hueso o las encías), su extracción u otros procedimientos relacionados, pero Delta Dental acreditará el costo de un póntico o de una dentadura postiza estándar completa o parcial dentro del costo del dispositivo asociado al implante, es decir, la corona o dentadura postiza soportada por el implante. No se cubre el dispositivo de implante.	

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y en consecuencia no están cubiertos por este plan. Si un servicio está "excluido", significa que este plan no cubre el servicio.

La tabla que aparece a continuación enumera los servicios y los artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solamente bajo condiciones específicas.

Si recibe los servicios excluidos (no cubiertos), los debe pagar usted mismo. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se enumeran en la tabla que aparece a continuación, salvo bajo las condiciones específicas que se detallan. Única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla que aparece a continuación, luego de una apelación, se considera que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener más información para apelar una decisión que hemos tomado acerca de no cubrir un servicio médico, diríjase al Capítulo 9, Sección 5.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones sobre los servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla que aparece a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencias, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos, y nuestro plan no pagará por ellos.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Los servicios considerados no razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinaron que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare conforme a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Habitación privada en un hospital.		✓ Se cubre solo cuando sea médicamente necesaria.
Artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.	✓	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.	✓	
*El cuidado supervisado es el cuidado que se brinda en un asilo para ancianos, cuidados paliativos o en otro entorno de un centro cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Los servicios de amas de casa incluyen la ayuda con las tareas del hogar básicas, incluidos el trabajo doméstico sin esfuerzos o la preparación de las comidas sin esfuerzos.	✓	
Los honorarios que cobran sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos estéticos		✓ • Cubierto en los casos de una lesión accidental o para el mejoramiento del funcionamiento de un miembro corporal malformado. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada a fin de lograr una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Atención odontológica que no sea de rutina.		✓ La atención odontológica necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede cubrirse como atención hospitalaria o ambulatoria.
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Atención podológica de rutina		✓ Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Comidas entregadas en el hogar.	✓	
Zapatos ortopédicos.		✓ Si los zapatos son parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético.
Dispositivos de soporte para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas con enfermedad de pie diabético.
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para ajustar los audífonos.		✓ Se cubre un examen de audición de rutina por año.
Exámenes de ojo de rutina, lentes, queratotomía radial, operación LASIK y otras ayudas para la visión reducida.		✓ Se cubre el examen de ojo y un par de lentes (o lentes de contacto) para las personas que hayan atravesado una operación de cataratas.
Procedimientos de esterilización reversible o suministros de anticonceptivos sin recetas.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos únicamente bajo condiciones específicas
Acupuntura		✓
Servicios de naturópata (que utiliza tratamientos naturales o alternativos).	✓	

*El cuidado supervisado es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o farmacéutico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

Usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 5 Usar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 114
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura por medicamentos de la Parte D 114
Sección 1.2 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan ... 115

Sección 2 Surta su receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan. 115
Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia dentro de la red 115
Sección 2.2 Encontrar farmacias de la red 116
Sección 2.3 Usar los servicios de pedido por correo del plan 117
Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos de largo plazo 117
Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan? 118

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan 119
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" le indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 119
Sección 3.2 Hay seis (6) "niveles de costo compartido" para los medicamento en la Lista de Medicamentos 120
Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos? 120

SECCIÓN 4 Existen restricciones sobre la cobertura de algunos medicamentos 121
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 121
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? 121
Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 122

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que desearía? 123
Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que desearía 123
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de algún modo? 124
Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si un medicamento está en un nivel de costo compartido que considera muy alto? 126

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? 126

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 126

Sección 6.2 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para un medicamento que está tomando? 127

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 129

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 129

SECCIÓN 8 Muestre su credencial de miembro del plan cuando surte una receta 131

Sección 8.1 Muestre su credencial de miembro..... 131

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la credencial de miembro con usted?..... 131

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 131

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en el hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan? 131

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidados de largo plazo (LTC)? ... 132

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también está obteniendo cobertura de medicamentos de un empleador o un plan grupal de retiro?..... 132

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?..... 133

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de medicamentos 134

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura..... 134

Sección 10.2 Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 134

¿Sabía que existen programas para ayudar a que las personas puedan pagar sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a que las personas con recursos limitados puedan pagar sus medicamentos. Estos incluyen el Programas de "Ayuda adicional" y Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar por sus medicamentos, **algo de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede que no corresponda para su caso.** Le enviamos un anexo independiente, denominado "Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para el pago de los medicamentos con receta" (también denominado como "Cláusula del subsidio por bajos ingresos" o "Anexo LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no ha recibido este anexo, comuníquese con Servicios para Miembros y solicite el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura por medicamentos de la Parte D

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura para los medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo le informa lo que debe pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Qué debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte B*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, *Prominence Plus (HMO)* también cubre algunos medicamentos conforme a los beneficios médicos del plan. Mediante su cobertura de los beneficios de Medicare Parte A, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que se le proporcionan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Mediante su cobertura de los beneficios de Medicare Parte B, nuestro plan cubre medicamentos, incluidos determinados medicamentos de quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que se le administran durante una consulta en el consultorio y los medicamentos que se le administran en el centro de diálisis. Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué debe pagar*) le informa acerca de los beneficios y los costos de los medicamentos durante una estadía en un hospital o centro de enfermería especializada cubiertos, así como sus beneficios de la Parte D y los costos de los medicamentos de la Parte D.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si está en cuidados paliativos de Medicare. Nuestro plan cubre únicamente los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y que están relacionados con afecciones y, por lo tanto, no están cubiertos conforme al beneficio de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 *(Qué ocurre si está en cuidados paliativos certificados por Medicare*). Para obtener información sobre la cobertura en cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué debe pagar*).

Las siguientes secciones discuten la cobertura de sus medicamentos conforme a las reglas del beneficio de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales* incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y sobre Original Medicare.

Sección 1.2 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

En general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre que usted siga las reglas básicas:

- Debe hacer que un proveedor (un médico, dentista u otra persona que le recete) escriba su receta.
- La persona que le recete debe aceptar Medicare o presentar documentación con CMS que demuestre que está calificada para escribir recetas, de lo contrario, se rechazará su reclamo de la Parte D. Debe consultar con las personas que le receten la próxima vez que llame o las visite para saber si reúnen esta condición. En caso de que no sea así, sea consciente de que le lleva tiempo a la persona que le receta presentar la documentación necesaria para que se procese.
- En general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red mediante el servicio de pedido por correo del plan.*)
- Su medicamento debe estar en el *Formulario 2019 (Lista de medicamentos cubiertos)* del plan (la denominaremos "Lista de medicamentos" para que sea más corto). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos*" del plan).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

Sección 2 Surta su receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan.

Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia dentro de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas estarán cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información sobre cuándo cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Encontrar farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para ubicar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra web (http://prominencemedicare.com) o llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están impresos en el reverso de este folleto).

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita volver a surtir un medicamento que ha estado tomando, puede consultar para conseguir otra receta por escrito por parte de un proveedor o para transferir su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué ocurre si una farmacia que está utilizando se va de la red?

Si la farmacia que está utilizando se va de la red del plan, tendrá que encontrar otra farmacia que esté en el plan. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de los Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este folleto) o utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en http://prominencemedicare.com.

¿Qué ocurre si necesita una farmacia especializada?

Algunas veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para las terapias de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Normalmente, un centro de LTC (como un asilo para ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de LTC, nos debemos asegurar de que puede recibir de manera rutinaria los beneficios de la Parte D mediante nuestra red de farmacias de LTC, que es la farmacia que normalmente utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a los beneficios de la Parte D en un centro de LTC, contáctese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que proveen los Servicios de Salud Indígenas/Tribales/Programa de Salud Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en ocasiones de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que distribuye medicamentos que estás restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren de manipulación especial, coordinación del proveedor o capacitación para su uso. (Nota: Es poco usual que ocurra esta situación hipotética).

Para ubicar una farmacia especializada, mire el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono están impresos en el reverso de este folleto).

Sección 2.3 Usar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los servicios del plan de receta por correo de la red. Generalmente, los medicamentos provistos a través de recetas por correo son medicamentos que toma de forma regular, para una afección médica crónica o de largo plazo.

Los servicios del plan de receta por correo de la red requieren que solicite un suministro de hasta 100 días del medicamento.

Para obtener formularios de prescripción e información sobre cómo surtir las recetas por correo, contacte a Servicios para Miembros. Si usa una farmacia de receta por correo que no está en la red del plan, su receta no estará cubierta.

Por lo general, una receta para una farmacia de recetas por correo le responderá en no más de 10 días hábiles; sin embargo, a veces su receta por correo puede demorarse. Si necesita comenzar a tomar sus medicamentos enseguida, pero su receta por correo está demorada, pídale a su médico un suministro (receta) por 30 días para
surtir en su farmacia local.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se contactará con Ud. para ver si desea el medicamento de forma inmediata o con posterioridad. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia está entregando el medicamento correcto (incluidas la concentración, la cantidad y la forma) y, si es necesario, permitirle frenar o demorar la receta antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que sea contactado por la farmacia, para que sepan qué hacer con la nueva receta y para evitar cualquier demora en el envío.

Reposiciones con recetas por correo. Para las reposiciones, contacte a su farmacia 14 días antes de que se acaben los medicamentos que tiene a mano para asegurarse de que su próxima receta se envíe a tiempo.

La farmacia puede contactarlo para confirmar su receta antes del envío; asegúrese de hacerle saber a la farmacia los mejores medios para contactarlo y de que Servicios para Miembros tiene registrado su actual número de teléfono.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos de largo plazo

Cuando consigue un suministro de medicamentos de largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado un "suministro extendido") de "mantenimiento" de medicamentos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma de forma regular, para una afección médica crónica o de largo plazo). Puede pedir este suministro a través de una receta por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** en nuestra red le permiten obtener un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. *El Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica qué farmacias en nuestra red le pueden ofrecer un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Puede también llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono se imprimen en la contratapa de este folleto).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los servicios del plan de **receta por correo de la red.** Nuestro servicio del plan de receta por correo requiere que solicite **una receta por un suministro de no más de 100 días.** Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar servicios de receta por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no esté en la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en determinadas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra zona de servicios donde puede conseguir que le surtan sus recetas como un miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, aquí se mencionan las circunstancias donde cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto a tiempo dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia en auto razonable que brinde servicio las 24 horas.
- Si las recetas están relacionadas con una emergencia médica o una atención de urgencia.
- Está tratando de surtir un medicamento cubierto que no está regularmente en stock en una farmacia de recetas por correo o una minorista de la red accesible. El medicamento es un medicamento huérfano u otra especialidad farmacéutica que no está típicamente en stock en la mayoría de las farmacias.

En estas situaciones, **confirme primero con Servicios para Miembros** para ver si hay cerca una farmacia de la red. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Puede requerirse que pague una diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo completo (en lugar de su parte normal del costo) al momento de presentar la receta. Puede solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2.1 se explica cómo solicitar que el plan le dé un reembolso).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de Medicamentos" del plan

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

El plan tiene un "*Formulario 2019 (Lista de medicamentos cubiertos).*" En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos "Lista de Medicamentos".**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos del plan.

Los medicamentos en la Lista de Medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare (más adelante en la Sección 1.1 de este capítulo se explica sobre los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos del plan siempre que cumpla con las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que *está* de la siguiente manera:

- aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Lo que significa es que la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual se prescribe).
- O respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX y el USPDI o su sucesor; y, para cáncer, la Red Nacional de Centros Oncológicos Integrales y Farmacología Clínica o sus sucesores).

La Lista de Medicamentos incluye tanto el medicamento de marca como el genérico

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, funciona tan bien como el medicamento de marca y normalmente cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre determinados medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son más baratos que los medicamentos con receta y funcionan igual de bien. Para obtener más información, puede también llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono se imprimen en la contratapa de este folleto).

¿Qué *no* está en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que cualquier plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.

Sección 3.2 Hay seis (6) "niveles de costo compartido" para los medicamentos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto el nivel de costo compartido, mayor será su costo para el medicamento.

- **Nivel 1 de costo compartido:** Los medicamentos genéricos preferenciales están en los niveles más bajos.
- **Nivel 2 de costo compartido:** Medicamentos genéricos.
- **Nivel 3 de costo compartido:** Medicamentos de marcas preferenciales.
- **Nivel 4 de costo compartido:** Medicamentos no preferenciales.
- **Nivel 5 de costo compartido:** Los medicamentos de especialidad están en el nivel más alto de costo compartido.
- **Nivel 6 de costo compartido:** Los medicamentos de Atención Selecta son medicamentos genéricos con $0 de costo compartido.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos?

Tiene dos maneras de averiguarlo:

1. Visite el sitio web del plan (http://prominencemedicare.com). La Lista de Medicamentos en el sitio web es siempre la más actual.

2. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan o solicite una copia del listado. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones sobre la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para determinados medicamentos con receta, reglas especiales restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de manera más efectiva. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos de los medicamentos generales, lo que mantiene la cobertura de sus medicamentos más accesible.

En general, nuestras reglas fomentan que obtenga un medicamento que funcione para su afección médica y sea seguro y efectivo. Siempre que un medicamento seguro y con menor costo funcione médicamente tan bien como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas a estimularlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo. También necesitamos cumplir con las reglas de Medicare y las reglamentaciones por cobertura de medicamentos y costo compartido.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tomarán los pasos extras para que podamos cubrir el medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, necesita usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no sobre eximirlo de la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener más información sobre la solicitud de excepciones.)

Tenga en cuenta que a veces el medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que diferentes restricciones o costo compartido se pueden aplicar en base a factores como concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg contra 100 mg; una vez por día contra dos veces por día; cápsulas contra líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar medicamentos de los modos más efectivos. Las secciones de abajo le indicarán más sobre los tipos de restricciones que usamos para determinados medicamentos.

Se restringen los medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento "genérico" funciona de la misma forma que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos. **En la mayoría de las veces, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le proporcionarán la versión genérica.** Normalmente no cubrimos el medicamento de marca cuando hay disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos ha indicado la razón médica por la que no le funcionará ni el medicamento genérico ni otro medicamento cubierto para tratar la misma afección, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener aprobación del plan por anticipado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. Esto se denomina "**autorización previa**". A veces el requisito para obtener aprobación por anticipado ayuda a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento puede no estar cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le recomienda probar medicamentos menos costosos, pero igual de efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si tanto el Medicamento A como el Medicamento B tratan la misma afección médica, el plan podría solicitarle que pruebe primero el Medicamento A. Si el Medicamento A no le resulta, el plan le cubrirá el Medicamento B. El requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina "**terapia escalonada**."

Límites de cantidad

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

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, controle la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web (http://prominencemedicare.com).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tomarán los pasos extras para que podamos cubrir el medicamento. Si existe una restricción sobre un medicamento que desea tomar, debería contactar a Servicios para Miembros para conocer lo que usted o su proveedor necesitarían hacer para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que no le apliquemos la restricción, necesita usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no sobre eximirlo de la restricción. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener más información sobre la solicitud de excepciones.)

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que desearía?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que desearía

Esperamos que su cobertura por medicamentos sea de su agrado. Pero es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente, o uno que usted o su proveedor piensan que debería estar tomando que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento podría no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión del medicamento de marca que desea tomar no lo esté.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura para dicho medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunos de los medicamentos cubiertos por el plan tienen reglas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, podría requerírsele que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de que el medicamento que desea tomar esté cubierto. O puede haber límites sobre la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) cubierta en un determinado período. En algunos casos, puede desear que lo eximamos de la restricción.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su parte del costo sea mayor de lo que usted se hubiera imaginado. El plan pone cada medicamento cubierto en uno de los seis (6) niveles distintos de costo compartido. Cuánto paga por su receta depende en parte del nivel de costo compartido en el que está el medicamento.

Hay cosas que puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto del modo en que usted desearía. Sus opciones dependerán del tipo de problema que tenga, por ejemplo, los siguientes:

- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para conocer lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más elevado de lo que se hubiera imaginado, consulte la Sección 5.3 para conocer lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está restringido de algún modo?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, aquí se detallan algunas cosas que puede hacer, por ejemplo, lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiarse a otro medicamento o presentar una solicitud para obtener el medicamento cubierto.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que quite restricciones sobre él.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando el medicamento no está en la Lista de Medicamentos o cuando está restringido de algún modo. Hacer esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y pensar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos de abajo:

1. Para cambiarse a su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambio:

- El medicamento que ha estado tomando ya **no está en la Lista de Medicamentos** del plan;
- o el medicamento que ha estado tomando está **ahora restringido de algún modo** (la Sección 4 en este capítulo se refiere a restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen abajo:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año anterior:**

  Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año anterior**. Este suministro temporal será por un máximo de *un* suministro de 31 días. Si le realizaron la receta por menos días, permitiremos varias renovaciones de la receta hasta proporcionar un suministro de medicamento máximo para 31 días. La receta debe ser surtida en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados de largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores por vez para evitar desperdicios).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de cuidados de largo plazo (LTC) y necesitan un suministro enseguida:**

  Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta está hecha por menos días. Este es un agregado a la situación de suministro temporal.

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de cuidados de largo plazo (LTC) y sufran un cambio de nivel de atención:**

  Para aquellas transiciones no planeadas, cubriremos un suministro de 30 días de un medicamento que no esté en el formulario o menos si su receta está hecha por menos días, como una Suministro de emergencia.

Para obtener un suministro temporal, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono se imprimen en la contratapa de este folleto).

Durante el tiempo en que esté recibiendo el suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede optar por un medicamento diferente cubierto por el plan, o bien, solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento actual. Las secciones de abajo le darán más información sobre estas opciones.

Puede cambiarse a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez hay un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione igual de bien para usted. Puede comunicarse con Servicios para Miembros y solicitar la lista de medicamentos cubiertos para la misma afección médica. Este listado ayuda a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría darle resultado. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan una excepción para usted y cubrir su medicamento en el modo en que desearía que esté cubierto. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, él puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede solicitarle al plan que cubra un medicamento incluso que no está en la Lista de Medicamentos. O puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dicen qué hacer. Se explican los procedimientos y las fechas límite que han sido fijadas por Medicare para asegurarse de que la solicitud sea manejada de forma correcta y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si un medicamento está en un nivel de costo compartido que considera muy alto?

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera muy alto, aquí se detallan algunas cosas que puede hacer, por ejemplo, lo siguiente:

Puede cambiarse a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido menor que funcione igual de bien para usted. Puede comunicarse con Servicios para Miembros y solicitar la lista de medicamentos cubiertos para la misma afección médica. Esta lista ayuda a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría darle resultado. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento, de modo que pueda pagar menos por él. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, él puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dicen qué hacer. Se explican los procedimientos y las fechas límite que han sido fijadas por Medicare para asegurarse de que la solicitud sea manejada de forma correcta y justa.

Los medicamentos en el Nivel de Especialidad (Nivel 5) no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto de costo compartido para medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos suceden al principio de cada año (1.° de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría realizar cambios a la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos** Nuevos medicamentos comienzan a estar disponibles, incluidos los medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno haya aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento es retirado y decidimos no cubrirlo. O tal vez quitemos un medicamento de la lista porque se ha descubierto que no es efectivo.

- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido menor o mayor**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 en este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para un medicamento que está tomando?

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de Medicamentos en línea de forma regular para incluir cualquier cambio que haya ocurrido luego de la última actualización. Debajo señalamos las veces en que podríamos contactarnos directamente si se realizan cambios a un medicamento que está tomando. Puede también llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono se imprimen en la contratapa de este folleto).

¿El cambio en la cobertura de medicamentos lo afecta de forma inmediata?

Los cambios que pueden afectarlo este año son los siguientes: En los casos de abajo, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año calendario:

A. Aviso General por Anticipado de que el patrocinador del plan puede sustituir inmediatamente nuevos medicamentos genéricos: Con el fin de reemplazar inmediatamente medicamentos de marca por nuevos medicamentos genéricos equivalentes terapéuticamente (o cambiar su nivel o las restricciones aplicadas a un medicamento de marca luego de agregar nuevos medicamentos genéricos), los patrocinadores del plan, que de otra manera cumplirían con los requisitos, deben proporcionar el siguiente aviso general por anticipado de los cambios:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
    - Podemos quitar de inmediato un medicamento de marca de nuestro listado de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel menor y con las mismas o menos restricciones. Además, al añadir el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestro listado de medicamentos, pero moverlo de inmediato a otro nivel de costo compartido o añadir nuevas restricciones.

- Podemos no avisarle por anticipado antes de realizar dicho cambio, incluso si está tomando actualmente el medicamento de marca.
- Usted o el profesional que le receta los medicamentos pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento de marca. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [cobertura, decisiones, apelaciones, quejas]).*
- Si está tomando un medicamento de marca al momento en que realizamos el cambio, se le proporcionará la información sobre el(los) cambio(s) específico(s) que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba el aviso antes de que realicemos el cambio.

- **Los medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que se quitan del mercado**
  - De vez en cuando, un medicamento puede ser quitado repentinamente del mercado porque se ha hallado que es inseguro o se quita del mercado por otra razón. Si esto sucede, quitaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando el medicamento, le haremos saber del cambio inmediatamente.
  - El profesional que le receta también sabrá sobre el cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en medicamentos en la Lista de Medicamentos**
  - Podemos realizar otros cambios una vez que el año haya comenzado que afecte a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos añadir un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar a un medicamento de marca, cambiar el nivel de costo compartido o añadir nuevas restricciones al medicamento de marca. También podríamos realizar cambios en base a los recuadros de advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso de por lo menos 30 días o darle una reposición de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Durante el período de 30 días, debería estar trabajando con el profesional que le receta para cambiar a un medicamento cubierto diferente.
  - Usted o el profesional que le receta los medicamentos puede solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriéndole el medicamento. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [cobertura, decisiones, apelaciones, quejas]).*

Cambios en los medicamentos en la Lista de Medicamentos que no afectarán a los miembros que actualmente toman un medicamento: Por cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen arriba, si está actualmente tomando un medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1.° de enero del año siguiente si se mantiene en el plan:

- Si movemos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si ponemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos

Si sucede alguno de estos cambios para un medicamento que está tomando (pero no debido a una quita del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro tipo de cambio que se mencione en las secciones de arriba), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como costo compartido hasta el 1.° de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá ningún incremento en sus pagos o ninguna restricción agregada al uso de su medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, el 1.° de enero del siguiente año, los cambios lo afectarán y es importante chequear la Lista de Medicamentos del nuevo año por cualquier cambio en los medicamentos.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos con receta están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que estén excluidos, debe pagarlos usted. No pagamos por medicamentos que estén enumerados en esta sección (excepto por determinados medicamentos excluidos cubiertos por la cobertura ampliada de medicamentos). La única excepción: Si el medicamento solicitado se encuentra con apelación para ser un medicamento no excluido según la Parte D y hubiéramos tenido que pagarlo o cubrirlo debido a su situación específica. (Para obtener más información sobre apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5 de este folleto).

Aquí se enumeran tres reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que no estaría cubierto por la Parte A o B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

- Nuestro plan por lo general no cubre el uso no aprobado. El "uso no aprobado" es cualquier uso del medicamento distinto a aquel indicado en la etiqueta del medicamento de acuerdo con lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
    - Generalmente, la cobertura por "uso no aprobado" se permite solo cuando el uso está respaldado por libros de referencia. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX; y, para cáncer, la Red Nacional de Centros Oncológicos Integrales y Farmacología Clínica o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso no aprobado".

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre determinados medicamentos enumerados a continuación a través de la cobertura ampliada de medicamentos, por la cual se puede cargar una prima adicional. Abajo se brinda más información).

- Medicamentos sin receta (también llamados de venta libre).
- Medicamentos cuando se usan para estimular la fertilidad.
- Medicamentos cuando se usan para el alivio de la tos o para los síntomas del resfrío.
- Medicamentos cuando se usan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos cuando se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente del fabricante como condición de venta.

Ofrecemos cobertura adicional de algunos medicamentos con receta que normalmente no estaría cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare (cobertura ampliada de medicamentos). Cubrimos Sildenafil (Viagra genérico) para la disfunción eréctil. Paga un copago de $12 por hasta 6 píldoras por un período de 30 días. La cantidad que paga cuando surte una receta por estos medicamentos no se cuenta en la calificación para la Etapa de cobertura catastrófica. (La Etapa de cobertura catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 7 de este folleto).

Además, si está recibiendo **"Ayuda adicional" de Medicare** para pagar sus recetas, el programa de "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos normalmente cubiertos. (Consulte la Lista de Medicamentos del plan o llame a Servicios para Miembros para obtener más información. Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa del presente folleto). Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos con receta que no están normalmente cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Contacte a su programa Medicaid estatal para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Muestre su credencial de miembro del plan cuando surte una receta

Sección 8.1 Muestre su credencial de miembro

Para surtir sus recetas, muestre la credencial de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestra su credencial de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan por *nuestra* parte del costo del medicamento cubierto con receta. Necesitará pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la credencial de miembro con usted?

Si no tiene su credencial de miembro del plan con usted cuando surte su receta, solicite en la farmacia que llamen al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **podría tener que pagar el costo completo de la receta cuando la retire**. (Puede solicitarnos **un reembolso** por nuestra parte del costo. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener más información sobre cómo solicitarle al plan un reembolso.)

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en el hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan?

Si es admitido en el hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan, en general cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que deja el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos mientras los medicamentos cumplan con todas nuestras reglas para su cobertura. Consulte las partes previas de esta sección que le indicarán sobre las reglas para obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le brindan más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que paga.

Tenga en cuenta lo siguiente: Cuando ingresa, vive o deja un centro de enfermería especializada, tiene el derecho de un Período de inscripción especial. Durante este período de tiempo, puede cambiar planes o cambiar su cobertura. (Capítulo 10, *Finalización de su membresía en el plan*, le indica cuándo puede dejar nuestro plan o inscribirse en un plan de Medicare diferente).

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidados de largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de cuidados de largo plazo (LTC) (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que le suministra los medicamentos para sus residentes. Si es residente de un centro de cuidados de largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro mientras sea parte de nuestra red.

Verifique su *Directorio de Proveedores y Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados de largo plazo es parte de la red. Si no lo es, o si necesita más información, contacte a Servicios para Miembros (los números de teléfono se imprimen en la contratapa de este folleto).

¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidados de largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de algún modo, el plan lo cubrirá con un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 98 días o menos si su receta está hecha para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados de largo plazo (LTC) puede proporcionar el medicamento en cantidades menores por vez para evitar desperdicios). Si ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o si el plan tiene alguna restricción sobre la cobertura del medicamento, se le cubrirá un suministro por 30 días, o menos si la receta está hecha por menos días.

Durante el tiempo en que esté recibiendo el suministro temporal de un medicamento, debería hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Tal vez hay un medicamento diferente cubierto por el plan que funcione igual de bien para usted. O usted y su proveedor pueden solicitarle al plan una excepción para usted y cubrir su medicamento en el modo en que desearía que esté cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dicen qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también está obteniendo cobertura de medicamentos de un empleador o un plan grupal de retiro?

¿Posee cobertura de medicamentos con receta actual a través de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de retiro? Si es así, contacte **al administrador de beneficios de este grupo.** Él o ella lo ayudará a determinar cómo funcionará la cobertura de medicamentos con receta con nuestro plan.

En general, si está actualmente empleado, la cobertura de medicamentos con receta que obtiene de nuestra parte será *secundaria* a la cobertura de su empleador o grupo de retiro. Esto significa que su cobertura grupal pagará primero.

Nota especial sobre "cobertura acreditable":

Cada año su empleador o grupo de retiro debería enviarnos un aviso que diga si su cobertura de medicamentos con receta para el siguiente año calendario es "acreditable" y las opciones que tiene de cobertura de medicamentos.

Si la cobertura de un plan grupal es "**acreditable**," significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre cobertura acreditable, porque los puede necesitar en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya la cobertura de medicamentos de la Parte D, puede necesitar estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre cobertura acreditable de parte del plan de su empleador o grupo de retiro, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo de retiro o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscripto en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento antináuseas, laxante, analgésico o ansiolítico que no está cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con una enfermedad terminal y sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir aviso del profesional que lo receta o el proveedor de su centro de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan lo cubra. Para evitar demoras al recibir medicamentos no relacionados que deberían estar cubiertos por nuestro plan, puede solicitarle al proveedor de su centro o al profesional que lo receta que se asegure de tener el aviso de que el medicamento no está relacionado antes de solicitarle a la farmacia que surta su receta.

En el caso de que revoque su elección del centro de cuidados paliativos o sea dado de alta del allí, nuestro plan debería cubrir todos los medicamentos. Para evitar cualquier demora en una farmacia cuando finalizan los beneficios del centro de Medicare, debería brindar documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las secciones previas de esta parte que le indicarán las reglas para obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D, el Capítulo 6 (*Lo que debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura

Realizamos revisiones de uso de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a estar seguros de que están recibiendo una atención adecuada y segura. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como los siguientes:

- Posibles errores de medicación.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento que trata la misma afección médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o adecuados debido a su sexo o edad.
- Determinadas combinaciones de medicamentos que pueden hacerle daño si los toma al mismo tiempo.
- Recetas escritas para medicamentos que tengan ingredientes a los que sea alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

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

Sección 10.2 Programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros tienen afecciones médicas graves, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y tienen altos costos por ellos.

Este programa es voluntario y sin cargo para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron este programa para nosotros. Este programa ayuda a nuestros miembros a estar seguros de obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama programa de Manejo de Terapia de Medicamentos (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas pueden obtener servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cómo tomar sus medicamentos de la mejor manera, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta o de venta libre. Tendrá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción

de medicamentos que recomienda lo que puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera, con espacio para que tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es una buena idea tener una revisión de sus medicamentos antes de su consulta anual de "Bienestar", para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos con usted a su consulta u otro momento en que hable con su médico, farmacéutico y otro proveedor de atención médica. También, lleve con usted la lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o sala de emergencia.

Si tiene un programa que satisfaga sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en él y le enviaremos la información. Si decide no participar, avísenos y lo quitaremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, contacte a Servicios para Miembros (los números de teléfono se imprimen en la contratapa de este folleto).

CAPÍTULO 6

Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 139

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 139

Sección 1.2 Tipos de costos extra que puede pagar por los medicamentos cubiertos 140

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamentos depende de la "etapa de pago de medicamento" en la que está cuando obtiene el medicamento 140

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *Prominence Plus (HMO)*? 140

Sección 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 142

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D") 142

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos 142

SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de Nivel 3, 4 y 5 143

Sección 4.1 Se mantiene en la etapa de deducible hasta que haya pagado $300 *por* los medicamentos de *Nivel 3, 4 y 5* 143

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos y usted paga otra parte 144

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte su receta 144

Sección 5.2 Una tabla en la que se muestran sus costos para el suministro de un fármaco de *un mes* 145

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro menor a un mes, puede no tener que pagar el costo del suministro del mes completo 146

Sección 5.4 Una tabla en la que se muestran sus costos para el suministro de un fármaco a *largo plazo* de 100 días 147

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de sus fármacos para el año alcance los $3,820 148

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de brecha de cobertura, el plan proporciona la cobertura de algunos fármacos 149

Sección 6.1 Permanece en la Etapa de brecha de cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los $5,100 149

Sección 6.2 ¿Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para fármacos recetados?. 150

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus fármacos 152

Sección 7.1 Una vez que se encuentra en la Etapa de cobertura catastrófica, permanece en ella por el resto del año 152

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales 152

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales 152

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba 153

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para los fármacos de las vacunas de la Parte D y para el costo por suministrarle la vacuna 153

Sección 9.2 Antes de recibir una vacuna, puede que quiera comunicarse con nuestros Servicios para Miembros 155

¿Sabía que existen programas para ayudar a que las personas puedan pagar sus medicamentos?

Existen programas para ayudar a que las personas con recursos limitados puedan pagar sus medicamentos. Estos incluyen el Programas de "Ayuda adicional" y Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 7.

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que lo ayuda a pagar por sus medicamentos, **algo de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede que no corresponda para su caso.** Le enviamos un anexo independiente, denominado "Cláusula de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para el pago de los medicamentos con receta" (también denominado como "Cláusula del subsidio por bajos ingresos" o "Anexo LIS"), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no ha recibido este anexo, comuníquese con Servicios para Miembros y solicite el “Anexo LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se enfoca en lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, usamos "medicamento" en este capítulo para referirnos a los medicamentos con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos están en la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago que le ofrecemos en este capítulo, debe conocer los principios sobre los cuales se cubren los medicamentos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene medicamentos cubiertos. Aquí está la documentación que explica los principios:

- *Formulario 2019 (Lista de medicamentos cubiertos)* **del plan.** Para simplificar, la llamamos "Lista de Medicamentos".
  - Esta Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos en su caso.
  - También le indica en cuál de los 6 "niveles de costo compartido" se encuentra el medicamento y si hay restricciones sobre su cobertura.
  - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono se imprimen en la contratapa de este folleto). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web http://prominencemedicare.com. La Lista de Medicamentos en el sitio web es siempre la más actual.

- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 le brinda los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- ***Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.** En la mayoría de las situaciones debe usar un farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta (consulte el Capítulo 5 para más detalles). El *Directorio de Proveedores y Farmacias* posee una lista de farmacias en la red del plan. También le indica qué farmacias en nuestra red le pueden dar un suministro de largo plazo de un medicamento (como surtir una receta con un suministro por tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos extra que puede pagar por los medicamentos cubiertos

Para comprender la información de pago que ofrecemos en este capítulo, necesita conocer los tipos de costos extra que puede pagar por nuestros servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se llama "costo compartido" y hay tres maneras en que se le puede solicitar que pague.

- El **"deducible"** es la cantidad que debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **"Copago"** significa que paga un monto fijo cada vez que surte una receta.
- **"Coseguro"** significa que paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamento" en la que está cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de *Prominence Plus (HMO)*?

Como se muestra en la tabla de abajo, existen "etapas de pago de medicamentos" para sus medicamentos con receta bajo la cobertura de *Prominence Plus (HMO)*. Cuánto paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentra al momento en que surte o vuelve a surtir una receta.

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa de brecha de cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura catastrófica*
Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de los medicamentos de Nivel 3, 4 y 5. Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado $300 por sus medicamentos preferenciales, no preferenciales y de especialidad. ($300 es el monto de su nivel 3, 4 y 5 deducible). (Los detalles están en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo por los medicamentos de Nivel 1 y 2, y **usted paga la otra parte del costo correspondiente.** Luego de que usted (u otros en su nombre) hayan alcanzado el deducible del Nivel 3, 4 y 5, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5 y usted paga su parte. Usted permanece en esta etapa hasta que sus **"costos por medicamentos totales"** anuales hasta la fecha (sus pagos más los pagos del plan Parte D) alcancen un total de $3820. (Los detalles están en la Sección 5 de este capítulo).	Para medicamentos en los Niveles 1 a 5, usted paga: • 25% del costo total de los medicamentos con marca • 37% del costo total de los medicamentos genéricos. Para los medicamentos del Nivel 6, usted paga $0. Usted permanecerá en esta etapa hasta que los **"costos extra"** anuales hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de $5100. Este monto y las reglas para contar los costos hacia este monto han sido establecidos por Medicare. (Los detalles están en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayoría del costo** de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2019). (Los detalles están en la Sección 7 de este capítulo).

Sección 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual denominado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D")

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que realizó cuando le surtieron o volvieron a surtir sus recetas en la farmacia. De esta forma, podemos decirle cuándo pasó de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Llevamos un registro de cuánto pagó. Esto se llama su costo "**extra**".
- Llevamos un registro de su "**costo total de medicamentos**". Esta es la cantidad que usted paga en efectivo o que otras personas pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito llamado *Explicación de los beneficios de la Parte D* (a veces se lo llama "EOB de la Parte D") cuando le hayan surtido una o más recetas mediante el plan en el transcurso del mes anterior. Se incluye lo siguiente:

- **La información de ese mes**. Este informe brinda los detalles del pago de las recetas que surtió en el transcurso del mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, qué pagó el plan y qué pagaron usted u otras personas en su nombre.
- **Totales anuales desde el 1.° de enero.** Esto se llama información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales que realizó por los mismos desde que comenzó el año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza por los mismos, utilizamos los informes que nos envían las farmacias. Usted puede ayudarnos a que su información sea correcta y esté actualizada en la siguiente forma:

- **Muestre su credencial de miembro cuando le surtan una receta.** Para estar seguros de que conocemos las recetas que le están surtiendo y lo que está pagando, muestre su credencial de miembro del plan cada vez que le surtan una receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** En ocasiones puede pagar medicamentos con receta y nosotros no obtenemos la información que necesitamos automáticamente para llevar un registro de sus costos extra. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos extra, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que compró. (Si se le factura un medicamento que está cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague su parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el

Capítulo 7, Sección 2 del presente folleto). A continuación, se encuentran algunos tipos de situaciones en las que puede querer darnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tenemos un registro completo de lo que gastó por los mismos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utilizando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando hace un copago por los medicamentos que provee un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
- Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o cuando haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hicieron por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos extra y le ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal, un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida (ADAP), el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos extra. Usted debe llevar un registro de estos pagos y enviarlos a nosotros para que podamos seguir sus costos.
- **Controle el informe escrito que le enviamos.** Cuando recibe una *Explicación de los beneficios de la Parte D* (una "EOB de la Parte D") en el correo, revíselo para comprobar si la información es correcta y está completa. Si cree que falta algo en el informe o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos por medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de los medicamentos de Nivel 3, 4 y 5

Sección 4.1 Se mantiene en la etapa de deducible hasta que haya pagado $300 *por* los medicamentos de *Nivel 3, 4 y 5*

La Etapa deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Usted pagará un deducible anual de $300 en medicamentos de Nivel 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5** hasta que alcance la cantidad deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura en forma inmediata.

- Su **"costo total"** es habitualmente más bajo que el precio total normal del medicamento, porque nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es la cantidad que debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que pagó $300 por sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5, deja la Etapa deducible y pasa a la próxima etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una parte de los costos de sus medicamentos y usted paga otra parte

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

Durante esta Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (la cantidad de su copago o coseguro). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y de dónde surte su receta.

El plan cuenta con *6* niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan se encuentra en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el número del nivel del costo compartido, es más alto el costo del medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: Los medicamentos genéricos preferenciales están en los niveles más bajos.
- Nivel 2 de costo compartido: Medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costo compartido: Medicamentos de marcas preferenciales.
- Nivel 4 de costo compartido: Medicamentos no preferenciales.
- Nivel 5 de costo compartido: Medicamentos de especialidad médica. Este es el nivel más alto de costo compartido.
- Nivel 6 de costo compartido: Los medicamentos de Atención Selecta son medicamentos genéricos con $0 de costo compartido.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones en farmacias

Cuánto paga por un medicamento depende de adquirirlo en los siguientes lugares:

- Una farmacia minorista que está en la red de nuestro plan.
- Una farmacia que no está en la red del plan.
- La farmacia del plan con venta a distancia.

Para obtener más información sobre estas opciones en farmacias y surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 del presente folleto y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla en la que se muestran sus costos para el suministro de un fármaco de *un mes*

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

- **"Copago"** significa que paga un monto fijo cada vez que surte una receta.
- **"Coseguro"** significa que paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta.

Como se muestra en la tabla a continuación, la cantidad del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago que figura en el cuadro, pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga *o* el precio total del medicamento *o* el copago, *el que sea menor*.

- Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones determinadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando adquiere un suministro por *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Costo compartido minorista estándar (en la red) (hasta un suministro de 30 días)	**Costo compartido de la venta a distancia** (hasta un suministro de 100 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)** (hasta un suministro de 31 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferenciales)	$3 de copago	$6 de copago	$3 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Genérico)	$12 de copago	$24 de copago	$12 de copago

	Costo compartido minorista estándar (en la red) (hasta un suministro de 30 días)	**Costo compartido de la venta a distancia** (hasta un suministro de 100 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)** (hasta un suministro de 31 días)
Nivel 3 de costo compartido (Marca preferencial)	$47 de copago	$141 de copago	$47 de copago
Nivel 4 de costo compartido (No preferencial)	$100 de copago	$300 de copago	$100 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Especialidad)	27% de coseguro	27% de coseguro.	27% de coseguro
Nivel 6 de costo compartido (Atención Selecta)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro menor a un mes, puede no tener que pagar el costo del suministro del mes completo

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento con receta cubre un suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de medicamentos menor a un mes. Puede haber ocasiones en las que desee pedir a su médico que le recete un suministro de un medicamento por menos de un mes (por ejemplo, cuando toma un medicamento por primera vez que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si el médico le receta un suministro menor a un mes completo, para ciertos medicamentos no deberá pagarlo en forma total.

La cantidad que paga cuando obtiene un suministro menor a un mes completo dependerá de su responsabilidad por el pago del coseguro (un porcentaje del total del costo) o del copago (una suma fija en dólares).

- Si usted es responsable del coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Paga el mismo porcentaje sin tener en cuenta si la receta es para el suministro de un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo completo del medicamento será más bajo si obtiene menos que el suministro de un mes completo, la cantidad que usted paga será menor.
- Si usted es responsable del copago por el medicamento, el copago se basará en el número de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento ("la tasa diaria del costo compartido") y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.
    - Por ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de $30. Esto significa que la cantidad que usted paga por día por su medicamento es de $1. Si recibe un suministro del medicamento de siete días, su pago será de $1 por día multiplicado por siete días, para un pago total de $7.

Los costos compartidos diarios le permiten asegurarse de que un fármaco funcione para usted antes de que deba pagar por el suministro de todo un mes. También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue un suministro del fármaco para menos de un mes si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de reabastecimiento de diferentes recetas y con el fin de ir menos veces a la farmacia. El monto que vaya a pagar dependerá de la cantidad de días para los que reciba suministro.

Sección 5.4 Una tabla en la que se muestran sus costos para el suministro de un fármaco a *largo plazo* de 100 días

Al surtir su receta, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") para algunos fármacos. Un suministro a largo plazo abarca un máximo de hasta 100 días. (Para obtener más información acerca de dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo para un fármaco, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

En la siguiente tabla, se muestra lo que usted paga cuando obtiene un suministro a largo plazo de hasta 100 días para un fármaco.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si sus costos cubiertos por fármacos son inferiores al monto del copago detallado en la tabla, pagará ese precio inferior por el fármaco. Usted paga *o* el precio total del medicamento *o* el copago, *el que sea menor*.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a *largo plazo* de un fármaco recetado de la Parte D:

	Costo compartido estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (hasta un suministro de 100 días)	**Costo compartido en farmacias con envíos por correo** (hasta un suministro de 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genérico preferencial)	$9 de copago	$6 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Fármacos genéricos)	$36 de copago	$24 de copago
Nivel 3 de costo compartido (Marca preferencial)	$141 de copago	$141 de copago
Nivel 4 de costo compartido (No preferencial)	$300 de copago	$300 de copago
Nivel 5 de costo compartido (Especialidad)	Para los fármacos de Nivel 5, no hay suministro a largo plazo disponible.	Para los medicamentos de Nivel 5, no hay suministro a largo plazo disponible.
Nivel 6 de costo compartido (Atención Selecta)	$0 de copago	$0 de copago

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de sus fármacos para el año alcance los $3,820

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de los fármacos recetados que usted haya adquirido alcance **el límite de $3,820 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total de sus fármacos se basa en la suma de lo que usted ha pagado y lo que ha pagado la Parte D:

- **Lo que <u>usted</u> ha pagado** por todos los fármacos cubiertos que haya adquirido desde su primera compra del año; (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información acerca de cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo). Esto incluye lo siguiente:
    - Los $300 que usted pagó cuando estaba en la Etapa deducible;
    - El total que pagó de su parte de los costos compartidos por sus fármacos durante la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que <u>el plan</u> ha pagado** de su parte de los costos compartidos por sus fármacos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si en algún momento durante 2019 estuvo inscrito en un plan Parte D diferente, el monto que haya pagado ese plan durante la Etapa de cobertura inicial también se considera para el costo total de sus fármacos).

Ofrecemos cobertura adicional de algunos fármacos recetados que no suelen estar cubiertos en un plan de fármacos recetados de Medicare. Los pagos efectuados por estos fármacos no se considerarán para su límite de cobertura inicial ni para los costos totales de su bolsillo.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB, por sus siglas en inglés, de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a controlar cuánto ha gastado usted y cuánto han gastado el plan y terceros en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $3,820 en un año.

Si alcanza el límite de $3,820, se lo informaremos. Si no llega a este monto, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de brecha de cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de brecha de cobertura, el plan proporciona la cobertura de algunos fármacos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa de brecha de cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los $5,100

Cuando se encuentra en la Etapa de brecha de cobertura, el programa de descuentos de brecha de cobertura de Medicare ofrece descuentos de fabricantes en fármacos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte del cargo por despacho de fármacos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se consideran para sus costos de bolsillo, como si los hubiera pagado, y usted pasa a la etapa de brecha de cobertura.

También recibe cobertura para los medicamentos genéricos. Usted paga no más del 37 % del costo por fármacos genéricos, y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (63 %) no se contabiliza para los costos extra. Solo el monto que usted paga cuenta y avanza en la brecha de cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por fármacos de marca y no más del 37 % por fármacos genéricos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Para 2019, este monto es de $5,100.

Medicare tiene reglas acerca de lo que se considera y lo que *no* para sus costos de bolsillo. Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de $5,100, deja la Etapa de brecha de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 ¿Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para fármacos recetados?

A continuación, presentamos las reglas de Medicare que debemos seguir para calcular los gastos de bolsillo para sus fármacos.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Al sumar sus costos de bolsillo, **puede incluir** los pagos que se detallan a continuación (siempre que sean fármacos cubiertos por la Parte D y que haya seguido las reglas en relación con la cobertura de fármacos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- el monto que paga por fármacos cuando está en alguna de las siguientes etapas de pago de fármacos:
  - Etapa deducible
  - Etapa de cobertura inicial
  - Etapa de brecha de cobertura
- todos los pagos efectuados durante este año calendario como miembro de un plan de fármaco recetado de Medicare diferente, antes de unirse a nuestro plan.

Quién paga importa:

- Si efectúa los pagos **usted mismo**, entonces sus pagos se consideran para sus costos de bolsillo.
- Estos pagos también *están incluidos* si los efectúan **otras personas u organizaciones** en su nombre. Se incluyen los pagos de sus fármacos que haya efectuado un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones caritativas, programas de asistencia de fármacos contra el SIDA, programas estatales de asistencia farmacéutica calificados por Medicare o Indian Health Service. También se incluyen los pagos efectuados por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos efectuados por el programa de descuento de brecha de cobertura de Medicare. Está incluido el monto que el fabricante paga por sus fármacos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que el plan paga por sus fármacos genéricos.

Traspaso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya alcanzado un total de $5,100 de costos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de estar en la Etapa de brecha de cobertura a estar en la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

Al sumar sus costos de bolsillo, **no tiene permitido incluir** los siguientes tipos de pagos por sus fármacos recetados.

- fármacos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios;
- fármacos no cubiertos por nuestro plan;
- fármacos que obtiene de una farmacia fuera de la red que no cumple con los requisitos de plan para la cobertura fuera de la red;
- fármacos que no sean de la Parte D, lo que incluye fármacos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros fármacos excluidos de la cobertura de Medicare;
- pagos que realiza por fármacos recetados que no suelen estar cubiertos por un plan de fármacos recetados de Medicare;
- pagos efectuados por el plan por sus fármacos de marca o genéricos mientras se encuentra en la brecha de cobertura;
- pagos por sus fármacos realizados por planes de salud grupales, que incluyen planes de salud otorgados por el empleador;
- pagos por sus fármacos realizados por ciertos planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Veterans Affairs;
- pagos por sus fármacos realizados por un tercero con una obligación legal de cubrir los costos de las recetas (por ejemplo, compensación por accidente laboral).

Recordatorio: Si otra organización, como alguna de las detalladas anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus costos de bolsillos por fármacos, debe informárselo a nuestro plan. Para hacerlo, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede controlar el total de sus gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El boletín de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB, por sus siglas en inglés, de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo, se brinda información sobre este boletín). Cuando alcance en el año un total de $5,100 de costos de bolsillo, en este boletín, se le informará que ha dejado la Etapa de brecha de cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura catastrófica.

- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria**. En la Sección 3.2, se le informa lo que puede hacer para asegurarse de que los registros que nosotros tenemos acerca de lo que usted ha pagado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus fármacos

Sección 7.1 Una vez que se encuentra en la Etapa de cobertura catastrófica, permanece en ella por el resto del año

Califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillos alcanzan el límite de $5,100 para el año calendario. Una vez que se encuentra en la Etapa de cobertura catastrófica, permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus fármacos.

- **Su parte** de los costos para un fármaco cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
  - *O bien* un 5 % del coseguro del costo del fármaco;
  - *o bien,* $3.40 por un fármaco genérico, o un fármaco que sea tratado como genérico, y $8.50 por los demás fármacos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Información sobre beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

Ofrecemos “cobertura mejorada” para algunos fármacos que un plan de fármacos de Medicare no suele pagar. El monto que usted paga por estos fármacos no se considera para sus costos de bolsillo. A continuación, se detallan los fármacos cubiertos excluidos por este plan:

Categoría del fármaco	Copago (cada receta)	Límite de cantidad (cada receta)
Sildenafil (genérico Viagra®)	$12	6 píldoras por suministro para 30 días

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las reciba

Sección 9.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para los fármacos de las vacunas de la Parte D y para el costo por suministrarle la vacuna

Nuestro plan ofrece cobertura para diferentes vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas consideradas beneficios médicos. Puede obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo del **fármaco de la vacuna**. La vacuna es un fármaco recetado.
- La segunda parte de la cobertura es el costo por **suministrarle la vacuna**. (En algunas ocasiones, también se denomina "administrar" la vacuna).

¿Qué paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres factores:

1. **El tipo de vacuna** (¿contra qué lo vacunan?)
    - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede encontrar más información sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (¿Qué está cubierto y qué paga usted?).*
    - Otras vacunas se consideran fármacos de la Parte D. Puede encontrar un detalle de estas vacunas en el *Formulario 2019 (Lista de fármacos cubiertos)* del plan.
2. **Dónde obtiene el fármaco de la vacuna**
3. **Quién le suministra la vacuna**

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias. Por ejemplo:

- En algunas ocasiones, cuando recibe su vacuna, debe pagar el total de los costos tanto por el fármaco de la vacuna como por la administración de esta. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte de los costos.
- En otras ocasiones, cuando recibe el fármaco de la vacuna o se le administra, paga solo su parte de los costos.

Para demostrar cómo funciona esto, a continuación, presentamos tres maneras comunes a través de la cuales puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que, durante la Etapa de deducible y de brecha de cobertura de su beneficio, usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida la colocación).

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y la recibe en una farmacia de la red. (El hecho de que tenga o no esta posibilidad depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias coloquen vacunas).

- Deberá pagarle a la farmacia el monto del copago por la vacuna y el costo de la colocación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el total de los costos por la vacuna y su colocación.
- Luego, mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*¿Cómo nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o fármacos cubiertos?*), puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte de los costos.
- Se le reembolsará el monto que ha pagado menos el copago normal por la vacuna (y su colocación) y cualquier diferencia que haya entre el monto facturado por el médico y lo que nosotros normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Deberá pagarle a la farmacia el monto del copago por la vacuna.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, pagará el total de los costos por este servicio. Luego, mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte de los costos.
- Se le reembolsará el monto facturado por el médico por la colocación de la vacuna menos cualquier diferencia que haya entre el monto facturado por el médico y lo que nosotros normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 9.2 Antes de recibir una vacuna, puede que quiera comunicarse con nuestros Servicios para Miembros

Las reglas que rigen la cobertura de vacunas son complejas. Estamos aquí para ayudarlo. Siempre que planee recibir una vacuna, le recomendamos que primero llame a Servicios para Miembros. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle cómo cubre nuestro plan su vacuna y explicarle su parte de los costos.
- También podemos informarle cómo puede mantener sus costos bajos mediante el uso de proveedores y farmacias de la red.

Si no puede usar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle qué debe hacer para recibir el pago de nuestra parte de los costos.

CAPÍTULO 7

¿Cómo nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o fármacos cubiertos?

Capítulo 7 ¿Cómo nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos?

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o fármacos cubiertos 158

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte de los costos por los servicios o fármacos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso 158

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió 160

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago 160

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagamos o no 161

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el fármaco y cuánto debemos 161

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, la totalidad o una parte del fármaco o la atención médica, puede presentar una apelación 162

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 162

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los fármacos que paga de su bolsillo.. 162

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o fármacos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte de los costos por los servicios o fármacos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso

A veces, cuando recibe atención médica o un fármaco recetado, es posible que deba pagar el costo total en el momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En cualquier caso, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a esto se lo suele llamar "reembolso"). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted pague un monto superior al que le corresponde por servicios médicos o fármacos cubiertos por nuestro plan.

Puede que también haya ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica brindada. En muchos casos, deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

A continuación, presentamos ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarle al plan que le reembolse el dinero o pague una factura.

1. Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que sea o no parte de nuestra red. Cuando recibe servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Debe pedirle al proveedor que emita una factura por el monto que le corresponde a nuestro plan.

- Si usted paga el monto total al momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que se le pida que pague un monto que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos a este directamente.
    - Si ya ha pagado más del costo que le corresponde por el servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

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

- Cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan, usted solo tiene que pagar su parte de los costos compartidos. No autorizamos a los proveedores a añadir cargos adicionales por separado, lo que se denomina "facturación de saldo". Esta protección (que usted nunca pague más que su parte del costo compartido) se aplica aunque nosotros le paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio y aunque haya una disputa y no paguemos ciertos cargos al proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte el Capítulo 4, Sección 1.3.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debería pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado la factura al proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus fármacos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Para que podamos efectuar el reembolso, deberá enviarnos la documentación correspondiente.

Llame a Servicios para Miembros para obtener información adicional sobre cómo solicitar reembolsos y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener fármacos recetados

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de identificación para obtener un fármaco recetado, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total del fármaco recetado. (Solo cubrimos los fármacos recetados presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

5. Cuando usted paga el costo completo de un fármaco recetado porque no lleva con usted su tarjeta de identificación del plan

Si usted no lleva consigo su tarjeta de identificación del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total del fármaco recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte del costo que nos corresponde.

6. Otras situaciones en las que usted paga el costo total del fármaco recetado

Usted puede pagar el costo total del fármaco recetado porque se da cuenta de que, por alguna razón, el fármaco no tiene cobertura.

- Por ejemplo, el fármaco puede no estar en el *Formulario 2019 (Lista de fármacos cubiertos)* del plan; o bien, podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que cree que no corresponde en su caso. Si decide obtener el fármaco de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) hay información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a este domicilio:

Servicios médicos	**Servicios de la Parte D**
Prominence Health Plan	Prominence Health Plan
P.O. Box 15859	c/o MedImpact
Tampa, FL 33684-5859	PO Box 509108
	San Diego, CA 92150

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamos para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (http://prominencemedicare.com) o llame a Servicios para Miembros y pida el formulario. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Debe enviarnos su reclamo dentro de los *90 días* posteriores a la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el fármaco.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado o recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagamos o no

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o el fármaco y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le comunicaremos si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el fármaco están cubiertos y que usted ha seguido todas las reglas para obtener la atención o el fármaco, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o fármaco, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el fármaco, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3, se explican las reglas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. En el Capítulo 5, se explican las reglas que debe seguir para obtener los fármacos recetados cubiertos de la Parte D).
- Si decidimos *no* cubrir el fármaco o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le enviamos el pago que solicitó y su derecho de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, la totalidad o una parte del fármaco o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).* El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer el Capítulo 9, Sección 4. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones y apelaciones, y proporciona definiciones de términos tales como "apelación". Después de leer la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 en la que se explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea hacer una apelación para obtener el reembolso de un servicio médico, diríjase a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea hacer una apelación para obtener el reembolso de un fármaco, diríjase a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los fármacos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus fármacos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir las condiciones para pasar a la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

A continuación, presentamos dos situaciones en las que debe enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus fármacos:

1. Cuando compra el fármaco a un precio inferior al nuestro

A veces, cuando está en la Etapa de brecha de cobertura, puede comprar su fármaco **en una farmacia de la red** a un precio inferior al precio del plan.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el fármaco. O bien, usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.
- A menos que le correspondan condiciones especiales, en estas situaciones, debe utilizar una farmacia de la red y su fármaco debe estar incluido en nuestra Lista de fármacos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo para su calificación para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si está en la Etapa de brecha de cobertura, puede que no paguemos ninguna parte de los costos de estos fármacos. El envío de una copia recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para pasar a la Etapa de cobertura catastrófica.

2. Cuando recibe un fármaco a través del programa de asistencia para pacientes de un fabricante de fármacos

Algunos miembros están inscritos en el programa de asistencia para pacientes de un fabricante de fármacos que está por fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe algún fármaco a través de un programa ofrecido por un fabricante de fármacos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia para pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo para su calificación para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Como usted está recibiendo el fármaco a través del programa de asistencia para pacientes y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos fármacos. El envío de una copia recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a reunir más rápidamente las condiciones para pasar a la Etapa de cobertura catastrófica.

En ninguno de los dos casos descritos anteriormente está solicitando un pago; por lo tanto, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Como consecuencia, no puede presentar una apelación en caso de no estar de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 166

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) 166

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento 167

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y fármacos cubiertos 167

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 168

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 177

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su atención 178

Sección 1.7 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado 180

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 181

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos 181

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades 182

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 182

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We also provide written information in Spanish for those who need it. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact Philip Ramirez, Civil Rights Coordinator at Prominence Health Plan.

- If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Member Services department at 1-855-969-5882, (TTY users should call 711). Our hours are 8 a.m. to 8 p.m. 7 days a week from October 1 through March 31, and Monday through Friday from April 1 through September 30.

You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact *Prominence Plus (HMO)* Member Services for additional information.

Para obtener información acerca de nosotros de una manera que sea accesible para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación y personas que se encuentran disponibles para contestar preguntas de los miembros sin conocimiento de inglés. También proporcionamos información escrita en español para aquellos que lo necesiten. Además, si lo necesita, podemos darle información impresa en letra grande o en otros formatos alternativos. Si usted es elegible para Medicare a raíz de una discapacidad, estamos obligados a darle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y apropiado para usted. Para obtener información acerca de nosotros de una manera que sea accesible para usted, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan a raíz de problemas relacionados con el idioma o por una incapacidad, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800 -633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y exprese que desea presentar una queja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o los tratos indebidos. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato indebido, llame a la **Oficina de derechos civiles** (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de derechos civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y fármacos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de la red del plan que posibilite y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 da una explicación más amplia). Llame a Servicios para Miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). No le solicitamos que presente derivaciones para visitar a proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y a recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a adquirir sus fármacos en cualquier farmacia de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los fármacos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto, se le explica qué puede hacer. (Si hemos rechazado la cobertura de su atención médica o de sus fármacos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 9, se le explica qué puede hacer).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTA NOTIFICACIÓN, SE DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA CON ATENCIÓN.

Si tiene preguntas acerca de esta notificación, comuníquese con:

Oficial de cumplimiento
Prominence Health Plan
1510 Meadow Wood Lane
Reno, Nevada 89502
T: (775) 770-9348

QUIÉNES SOMOS

Este Aviso describe las prácticas de privacidad de Prominence Health Plan y se aplica a cualquiera de los servicios médicos que recibe a través de los planes de salud.

NUESTRAS OBLIGACIONES DE PRIVACIDAD

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) y las normas para llevar a cabo esta ley (Normas de privacidad) exigen que los planes de salud notifiquen a los participantes y beneficiarios acerca de las políticas y prácticas que el plan ha adoptado para proteger la confidencialidad de su información médica, incluida la información sobre el pago de atención médica.

En este Aviso, se describen las políticas de privacidad de Prominence Health Plan patrocinado por el empleador que encabeza el plan de salud grupal que ofrece beneficios de salud. Estas políticas protegen la información médica relacionada con sus condiciones médicas pasadas, actuales y futuras, con el tratamiento médico y con el pago por ese tratamiento (información de salud protegida o PHI, por sus siglas en inglés).

Esta ley le exige a Prominence Health Plan mantener la privacidad de su PHI, informarle mediante este Aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad y cumplir con los términos de este Aviso. En general, los planes de salud solo pueden utilizar o divulgar su PHI cuando sea requerido o permitido por ley, o cuando se autorice el uso o la divulgación. Cuando usamos o divulgamos (compartimos) su PHI, estamos obligados a cumplir los términos de este Aviso o cualquier otro aviso vigente al momento en que la utilizamos o compartimos. Por último, la ley le proporcionará ciertos derechos que se describen en este Aviso.

CUANDO LOS PLANES DE SALUD DEBEN DIVULGAR SU PHI

Prominence Health Plan debe divulgar su PHI:

A usted y al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos para determinar si el plan cumple con la ley HIPAA. Esto significa que Prominence Health Plan llevará a cabo la divulgación solo cuando la ley lo exija, pero no si la ley solo lo permite.

CUÁNDO PUEDEN LOS PLANES DE SALUD UTILIZAR O DIVULGAR SU PHI SIN AUTORIZACIÓN

Prominence Health Plan puede utilizar o divulgar su PHI de la siguiente manera:

En muchas situaciones, podemos usar y compartir su PHI para actividades que son comunes en muchos hospitales y clínicas. En algunas otras situaciones, que se describen en el presente documento, debemos tener su permiso por escrito (autorización) para usar o compartir su PHI. No necesitamos ningún tipo de permiso suyo para los siguientes usos y divulgaciones:

Para tratamiento Prominence Health Plan no proporciona el tratamiento médico directamente, pero puede divulgar su PHI a un proveedor de la salud que esté realizando el tratamiento. Por ejemplo, si usted no puede proporcionar su historial médico debido a un accidente, los planes de salud pueden divulgar los tipos de fármacos recetados que usted está tomando actualmente a un médico de la sala de emergencia. Además, es posible que nos comuniquemos con usted para informarle acerca de otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pueden interesarle.

Por pagos Prominence Health Plan puede utilizar y divulgar su PHI, según sea necesario, para pagar por sus beneficios médicos. Por ejemplo, Prominence Health Plan puede informar al médico si usted es elegible para la cobertura o qué porcentaje de la factura los planes de salud pueden pagar. Prominence Health Plan también puede utilizar o divulgar su PHI de otra manera para administrar beneficios; por ejemplo, para procesar y examinar quejas, para coordinar beneficios con otros planes de salud, incluidos Medicare o Medicaid, para ejercer sus derechos de subrogación y para hacer la revisión de utilización y las autorizaciones previas.

Para operaciones de atención médica Prominence Health Plan puede utilizar y divulgar su PHI para garantizar que Prominence Health Plan se gestione correctamente, se administre de manera adecuada y no haga mal uso del dinero. Por ejemplo, los planes de salud pueden utilizar información sobre sus quejas para proyectar los costos futuros de beneficios o auditar la exactitud de sus funciones de procesamiento de quejas. Prominence Health Plan también puede divulgar su PHI para un reclamo en virtud de una política de punto máximo de pérdida o de reaseguro. Entre otras cosas, también podemos utilizar su PHI para llevar a cabo la suscripción, la clasificación de primas y otras actividades relacionadas con el cambio de los contratos de seguro de salud o beneficios para la salud.

Para información especial Además de la Norma de Privacidad, se pueden aplicar protecciones especiales de acuerdo con otras leyes estatales o federales al uso de la divulgación de su PHI. Los planes de salud cumplirán con las leyes estatales o federales en los aspectos que más protejan su privacidad.

Para la compañía En algunos casos, los planes de salud pueden divulgar su PHI a la compañía que patrocina el plan de salud.

- Algunas de las personas que administran el plan trabajan para la compañía. Antes de que estos empleados de la compañía puedan utilizar su PHI o divulgarla, la compañía debe certificar lo siguiente: 1) la compañía debe haber adjuntado los documentos del plan para explicar cómo se protegerá su PHI; 2) la compañía debe identificar a los empleados de la compañía que necesitan su PHI para cumplir con sus responsabilidades con el fin de administrar el plan; y 3) la compañía debe haber separado el trabajo de estos empleados del resto del personal, de manera tal que la compañía no pueda usar su PHI con fines relacionados con el empleo ni para administrar otros planes de beneficios. Por ejemplo, estos empleados designados podrán comunicarse con una aseguradora o un tercero administrador para conocer el estado de sus reclamos de beneficios sin su autorización específica.
- Prominence Health Plan puede compartir con la compañía información que resuma el historial de reclamos de los participantes de un plan como un grupo, aunque sin identificar específicamente a los individuos, para obtener un nuevo beneficio del seguro, o para cambiar o terminar el plan. Por ejemplo, si la compañía quiere considerar sumar o cambiar beneficios para el trasplante de órganos, puede recibir este resumen de información de salud para evaluar los costos de dichos servicios.
- Prominence Health Plan también puede divulgar información de salud limitada a la compañía en relación con la inscripción o desafiliación de individuos al plan.

Para sus demás proveedores de atención médica También podemos compartir PHI con su médico y otros proveedores de atención médica cuando la necesiten para proporcionarle tratamiento, obtener el pago por la atención brindada, realizar ciertas operaciones de atención médica, tales como la revisión de la calidad y la habilidad de los profesionales de atención médica, o revisar sus acciones en relación con el cumplimiento de la ley.

Para socios comerciales Prominence Health Plan puede contratar a terceros que pueden necesitar su PHI para llevar a cabo determinados servicios en representación del plan. Estos terceros son "socios comerciales" del plan. Los socios comerciales deben proteger cualquier PHI que reciban por parte de los planes de salud, o que creen y conserven en nombre de estos. Por ejemplo, Prominence Health Plan puede contratar a un administrador externo para procesar reclamos, a un auditor para revisar cómo una aseguradora o un administrador externo está procesando los reclamos, o a un agente de seguros para evaluar la cobertura y ayudar con problemas de reclamos.

Para individuos involucrados en su atención o en el pago de su atención Prominence Health Plan puede divulgar su PHI a los miembros adultos de su familia u otra persona identificada por usted que esté involucrada en su atención o en el pago de su atención si: 1) usted autoriza a Prominence Health Plan para hacerlo; 2) Prominence Health Plan le informa que tiene la intención de hacerlo y usted no se opone; o 3) Prominence Health Plan deduce de las circunstancias, con base en el juicio profesional, que usted no se opone a la divulgación. Siempre que sea posible, Prominence Health Plan intentará conseguir su objeción por escrito a estas divulgaciones (si desea objetar), pero, en determinadas circunstancias, puede confiar en su acuerdo o desacuerdo oral en cuanto a las divulgaciones a los miembros de la familia.

Para representantes personales Prominence Health Plan puede divulgar su PHI a alguien que sea su representante personal. Antes de que Prominence Health Plan le otorgue a esa persona acceso a su PHI o permita que esa persona tome cualquier medida en su nombre, se requerirá que la persona dé constancia de que puede actuar en su nombre; por ejemplo, una orden judicial o un poder notarial que le conceda a esa persona tal poder. Generalmente, el padre de un menor será el representante personal del menor. En algunos casos, sin embargo, la ley estatal permite que los menores obtengan tratamiento (p. ej.: a veces para el embarazo o el abuso de sustancias) sin consentimiento de los padres. En esos casos, los planes de salud no pueden revelar cierta información a los padres. Prominence Health Plan también puede denegar el acceso a la PHI al representante personal para proteger a las personas, incluidos los menores, que pueden ser objeto de abuso o negligencia.

Para su empleador Prominence Health Plan puede divulgar su PHI a su empleador según lo requieren las leyes correspondientes en lo que respecta a enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo o al control médico en el lugar de trabajo.

Para alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud Es posible que Prominence Health Plan se comunique con usted para proporcionar información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Para fines de salud pública Prominence Health Plan puede llevar a cabo las siguientes acciones:

- proporcionar información específica sobre una enfermedad, un nacimiento o una muerte a una autoridad de salud pública autorizada para recopilar dicha información;
- proporcionar información de salud a las autoridades de salud pública con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- informar reacciones a fármacos o problemas con productos médicos a la Administración de Fármacos y Alimentos con el fin de ayudar a garantizar la calidad, seguridad o eficacia de los fármacos o productos médicos;
- si está autorizado por la ley, divulgar PHI a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que, de otro modo, puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección médica.

Para informar violencia y abuso Prominence Health Plan puede proporcionar información sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades correspondientes.

Para actividades de control de la salud Prominence Health Plan puede divulgar PHI para investigaciones civiles, administrativas, penales, inspecciones de supervisión, licencias o acciones disciplinarias (p. ej.: para investigar reclamos hacia proveedores de servicios médicos) y otras actividades para supervisar el sistema de atención médica o controlar los programas de beneficios del gobierno.

Para demandas y disputas Prominence Health Plan puede divulgar PHI a una orden de un tribunal o agencia administrativa, pero solo en la medida autorizada expresamente en la orden. Prominence Health Plan también puede divulgar PHI en respuesta a una citación, un pedido de presentación de pruebas judiciales u otro proceso legal, pero solo si Prominence Health Plan ha recibido las garantías adecuadas de que la información que se divulgará será protegida. De ser necesario por cuestiones de pago u operaciones de atención médica, Prominence Health Plan también puede divulgar PHI en una demanda.

Para el cumplimiento de la ley Prominence Health Plan puede divulgar PHI a funcionarios policiales para hacer cumplir la ley y a instituciones correccionales con respecto a los internos.

Para médicos forenses, directores de funerarias y médicos legistas Prominence Health Plan puede divulgar PHI a un médico forense o legista; por ejemplo, para identificar a una persona o determinar la causa de la muerte. Prominence Health Plan también puede divulgar PHI al director de una funeraria que la necesita para realizar sus funciones.

Para donación de órganos Prominence Health Plan puede divulgar PHI a organizaciones de obtención de órganos para facilitar las donaciones de órganos o tejido ocular.

Para conjuntos limitados de datos Prominence Health Plan puede divulgar PHI para su uso en un conjunto limitado de datos con fines de investigación, salud pública u operaciones de atención médica, pero solo si se ha firmado un acuerdo de uso de datos.

Para evitar amenazas graves e inminentes para la salud o la seguridad Prominence Health Plan puede divulgar PHI para evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud y la seguridad del público en general.

Para funciones gubernamentales especiales Prominence Health Plan puede divulgar PHI a funcionarios federales autorizados en determinadas circunstancias. Por ejemplo, la divulgación puede hacerse por razones de seguridad nacional o para los miembros de las fuerzas armadas si es requerido por las autoridades militares.

Para compensación de trabajadores Prominence Health Plan puede divulgar PHI para compensación de trabajadores si es necesario para cumplir con estas leyes.

Para investigación Prominence Health Plan puede divulgar PHI para estudios de investigación, sujetos a procedimientos especiales destinados a proteger la privacidad de su PHI.

Para situaciones de emergencia y ayuda en caso de desastres Prominence Health Plan puede divulgar PHI a organizaciones dedicadas a actividades de ayuda en caso de desastres o emergencias.

Según lo exija la ley Podemos utilizar y compartir su PHI cuando debamos hacerlo de conformidad con cualquier otra ley que no se haya citado anteriormente.

AUTORIZACIÓN ESCRITA

En todas las demás situaciones, Prominence Health Plan no utilizará ni divulgará su PHI sin su autorización por escrito. La autorización debe cumplir los requisitos de las Normas de privacidad. Si le otorga a Prominence Health Plan una autorización por escrito, puede cancelar la autorización, excepto para usos o divulgaciones que ya se hayan hecho de conformidad con su autorización. Las declaraciones de "revocación" por escrito deben enviarse a nuestro oficial de cumplimiento al domicilio indicado anteriormente.

Sin embargo, no puede cancelar su autorización si se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y si la cancelación interferirá con el derecho de la aseguradora de oponerse a sus reclamaciones por beneficios en virtud de la póliza de seguro. Prominence Health Plan puede condicionar su inscripción o elegibilidad para acceder a beneficios si usted firma una autorización, pero solo si la autorización se limita a la divulgación de la información necesaria para la suscripción o las determinaciones de calificación de riesgo necesarias para que Prominence Health Plan obtenga la cobertura del seguro.

Información altamente confidencial Las leyes federales y estatales exigen protecciones especiales de privacidad para cierta información altamente confidencial sobre usted ("información altamente confidencial"), que incluye cualquier parte de su PHI con las siguientes características: (1) se conserva en notas de psicoterapia; (2) se relaciona con la salud mental y los servicios para discapacidades del desarrollo; (3) se relaciona con el tratamiento, la prevención y la derivación del abuso de alcohol y drogas; (4) es sobre pruebas, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA; (5) es sobre enfermedades de transmisión sexual; (6) es sobre pruebas genéticas; (7) es sobre el abuso y el abandono de niños; (8) es sobre el abuso doméstico de un adulto con una discapacidad; (9) es sobre abuso sexual; o (10) es sobre fertilización in vitro (FIV). Antes de compartir su información altamente confidencial para un propósito distinto de los permitidos por la ley, debemos obtener su permiso por escrito.

Para comercialización También debemos obtener su permiso por escrito (autorización) antes de usar su PHI para enviarle cualquier material de comercialización. Sin embargo, es posible que nos comuniquemos con usted por productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración de casos, coordinación de atención o tratamientos alternativos, terapias, proveedores de atención médica o ámbitos de atención médica, sin su permiso. Por ejemplo, no podemos vender su PHI sin su autorización por escrito.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene ciertos derechos conforme a las normas de privacidad relacionadas con su PHI que conserva Prominence Health Plan. Todas las solicitudes para ejercer dichos derechos deben presentarse por escrito al oficial de cumplimiento. Los aseguradores de Prominence Health Plan y HMO mantienen sus propios registros, y usted debe presentar sus solicitudes en relación con su PHI en esos registros directamente a la aseguradora o HMO. Sus derechos son los siguientes:

Derecho a solicitar restricciones en los usos y divulgaciones de su PHI. Usted puede solicitar que Prominence Health Plan restrinja cualquiera de los usos y divulgaciones permitidos de su PHI mencionados anteriormente. Sin embargo, Prominence Health Plan no siempre tiene que estar de acuerdo con la restricción solicitada. Una restricción no puede impedir el uso o las divulgaciones requeridos por la Secretaría del DHHS para determinar o investigar el cumplimiento de los planes de salud con las normas de privacidad, a menos que la ley disponga lo contrario. Debemos concederle su solicitud de restricción con respecto a la divulgación de su PHI a un plan médico si usted ha pagado de su bolsillo por la totalidad del artículo de atención médica.

Derecho a acceder o copiar su PHI. En general, usted tiene derecho a acceder a la PHI que se guarda en los registros de los planes de salud, con excepción de lo siguiente: 1) las notas de psicoterapia (como se define en las normas de privacidad); o 2) información recopilada con anticipación razonable de una acción civil, penal o administrativa, o para su uso. Los planes de salud pueden denegarle el acceso a su PHI en los registros de los planes de salud. Es posible que, en algunas circunstancias, pueda solicitar una revisión de esa negativa. Es posible que Prominence Health Plan le cobre una tarifa razonable por la copia de la información que solicita y el costo de la correspondencia, pero no le puede cobrar por el tiempo transcurrido para encontrar y reunir la información solicitada.

Derecho de responsabilidad de la divulgación Si lo solicita, Prominence Health Plan debe proporcionarle una lista de las divulgaciones que ha hecho de su PHI dentro del plazo de los seis años previos a la fecha de su solicitud, excepto las divulgaciones realizadas:

- Para fines de operaciones de tratamiento, pago o atención médica
- directamente a usted o los miembros cercanos de su familia involucrados en su atención;
- Para fines de seguridad nacional
- Relacionadas con las divulgaciones requeridas o con otro tipo de autorización
- Como parte de un conjunto de datos limitado
- Para instituciones correccionales o funcionarios policiales para hacer cumplir la ley
- con su autorización expresa.

Puede solicitar una rendición de cuentas, que Prominence Health Plan debe proporcionarle sin cargo dentro de un período de 12 meses. Si solicita más de una rendición de cuentas dentro del mismo período de 12 meses, Prominence Health Plan puede cobrarle una tarifa razonable.

Derecho a enmiendas Puede solicitar que Prominence Health Plan cambie su PHI guardada en los registros, pero Prominence Health Plan no está obligado a estar de acuerdo con su solicitud. Prominence Health Plan puede denegar su solicitud si la información en sus registros: 1) no fue creada por Prominence Health Plan; 2) no es parte de los registros de Prominence Health Plan; 3) no sería información a la que usted tendría derecho a acceder; o 4) es considerada por Prominence Health Plan como completa y exacta, tal como se encuentra.

Derecho a solicitar restricciones y comunicaciones confidenciales Tiene derecho a solicitar que Prominence Health Plan se comunique con usted de manera confidencial, por ejemplo, mediante el envío de información a un domicilio alternativo o por un medio alternativo. Prominence Health Plan adaptará cualquier solicitud razonable, aunque requerirá que cualquier alternativa utilizada siga permitiendo que la información de pago se comunique de manera efectiva y que los pagos se realicen.

Derecho a presentar un reclamo Si usted considera que se han violado sus derechos, puede presentar una queja por escrito ante el oficial de cumplimiento de Prominence Health Plan o ante la Secretaría del DHHS. Prominence Health Plan no tomará represalias contra usted por presentar una queja y no puede condicionar su inscripción o acceso a los beneficios en caso de que renuncie a estos derechos. Si su reclamo es a una aseguradora o HMO, puede presentar una queja a la persona nombrada en su aviso de Prácticas de Privacidad para recibir los reclamos. Si su reclamo es a Prominence Health Plan, puede enviar su queja al oficial de cumplimiento al domicilio indicado al final de este aviso. Para presentar una queja ante la Secretaría del DHHS, debe enviarla por escrito, ya sea en papel o en forma electrónica, dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que supo o debería haber sabido que ocurrió la infracción. Debe indicar que está presentando un reclamo y los actos u omisiones que cree que son infracciones de las normas de privacidad. Las quejas enviadas a la Secretaría deben ir dirigidos a la oficina de derechos civiles (OCR, por sus siglas en inglés) de la oficina del DHHS de la región correspondiente al estado donde se alegan las infracciones. Para obtener más información, visite el sitio web de la OCR en www.hhs.gov/ocr/hipaa/.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso de solicitud Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de solicitud. Para solicitar una copia impresa del aviso, comuníquese con el oficial de cumplimiento de Prominence Health Plan.

INFORMACIÓN MÉDICA NO CUBIERTA POR ESTE AVISO

Este aviso no cubre:

- información de salud que no lo identifica y con respecto a la cual no existe una base razonable para creer que la información podría ser utilizada para identificarlo; o
- información médica que la compañía pueda tener en virtud de la legislación aplicable (p. ej.: Ley de Licencia Familiar y Médica, Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, compensación del trabajador, leyes federales y estatales de salud y seguridad laboral, y otras leyes estatales y federales) o que la compañía pueda conseguir de manera adecuada con fines relacionados con el empleo a través de otras fuentes que no sean planes de salud y que se conserve como parte de sus registros de empleo (p. ej.: exámenes físicos previos al empleo, análisis de drogas, aptitud para los exámenes de rendimiento, etc.).

CAMBIOS EN ESTE AVISO

Prominence Health Plan se reserva el derecho de modificar los términos de este aviso para que las nuevas disposiciones del aviso revisado se apliquen a toda la PHI que conserva, incluida cualquier PHI creada, recibida o preservada antes de la fecha del aviso revisado. Si está de acuerdo, Prominence Health Plan puede proporcionarle de manera electrónica un aviso revisado. De lo contrario, Prominence Health Plan le proporcionará una copia impresa del aviso revisado. Además, Prominence Health Plan publicará el aviso revisado en el sitio web que utiliza para proporcionar información sobre los beneficios de Prominence Health Plan.

QUEJAS

Si usted cree que Prominence Health Plan ha violado sus derechos de privacidad, le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su PHI, puede presentar una queja ante Prominence Health Plan o ante la Secretaría del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés).

Para presentar una queja ante Prominence Health Plan, debe enviarlo por escrito a la siguiente dirección:

Oficial de cumplimiento
Prominence Health Plan
1510 Meadow Wood Lane
Reno, Nevada 89502
T: (775) 770-9348

Para presentar una queja ante la Secretaría del Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos, debe enviarlo por escrito dentro de los 180 días a:

Office for the Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Número de teléfono gratuito: (800) 368-1019
Número de teléfono gratuito de TDD: (800) 537-7697

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de *Prominence Plus (HMO)*, tiene derecho a obtener de nuestra parte varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye el acceso a información en idiomas que no sean el inglés y letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

- **Información sobre nuestro plan** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, que incluye la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red**
    - Por ejemplo, tiene derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y de las farmacias de nuestra red, así como también información sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
    - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web http://prominencemedicare.com.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir para usarla**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explican qué servicios médicos tienen cobertura para usted, las restricciones a su cobertura, y las normas que debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
    - Para obtener más detalles sobre la cobertura de fármacos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto y el *Formulario 2019 (Lista de fármacos cubiertos)* del plan. En estos capítulos, además del *Formulario 2019 (Lista de fármacos cubiertos)*, se describen qué fármacos están cubiertos, las normas que debe seguir y las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados fármacos.
    - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

- **Información sobre los motivos por los que algo no tiene cobertura y lo que puede hacer al respecto**
    - Si un servicio médico o un fármaco de la Parte D no tienen cobertura, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a recibir esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el fármaco de un proveedor o farmacia fuera de la red.
    - Si usted no está satisfecho o está en desacuerdo con una decisión que tomamos acerca de qué tipo de atención médica o qué fármacos de la Parte D están cubiertos, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Para pedirnos que cambiemos nuestra decisión, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. En este capítulo, se presentan los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9, también se explican cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y otros asuntos).
    - Consulte el Capítulo 7 de este folleto si desea solicitarle al plan que pague la parte que le corresponde de una factura que usted ha recibido por la prestación de atención médica o un fármaco recetado de la Parte D.

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho de tomar decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Cuando solicite atención médica, tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente de las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o de si están cubiertas por nuestro plan. También implica recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus fármacos y a usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si algún cuidado o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **El derecho a decir "no"**. Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar su fármaco. Queda claro que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los fármacos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le podría ocurrir a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación en caso de que se le niegue la cobertura para la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá pedirnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este folleto, se le indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacer si no está capacitado para tomar decisiones médicas por sus propios medios

En algunas ocasiones, a causa de accidentes o enfermedades graves, las personas se vuelven incapaces de tomar sus propias decisiones sobre atención médica. Usted tiene derecho a decir qué desea que suceda si se encuentra en una situación semejante. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede:

- llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de hacerlo;
- **darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad de tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación en estos casos específicos se denominan "**directivas anticipadas**". Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados "**testamento en vida**" y "**poder notarial para servicios médicos**" son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una "directiva anticipada" para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar una directiva anticipada, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas a través de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También hay formularios disponibles a través del Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad de Texas en su sitio web: https://hhs.texas.gov/laws regulations/forms/advance-directives.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, recuerde que se trata de un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.

- **Entregarles copias a las personas adecuadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tomará las decisiones por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. Puede que también desee darles copias a algunos amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que deberá internarse y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted cuando vaya al hospital**.

- Si ingresa al hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios a disposición y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que llenar un formulario de directivas anticipadas es su decisión (incluso si decide firmar uno estando en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no un formulario de directivas anticipadas.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado directivas anticipadas y considera que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones detalladas en ese documento, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas con Discapacidad de Texas al 1-855-937-2372. Los usuarios de teléfonos de texto (TTY) llamen al 711. O bien, puede visitar su sitio web http://www.dads.state.tx.us.

Sección 1.7 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, en el Capítulo 9 de este folleto, se le indica qué puede hacer y se le proporcionan detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para seguir un problema o una inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura, que deba presentarnos una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o que deba presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa**.

Tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si siente que no se lo ha tratado de manera justa o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de otra cosa?

Si siente que no se lo ha tratado de manera justa o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa de asistencia estatal sobre seguro médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Your Medicare Rights & Protections" (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf).
    - O bien, puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Como miembro del plan, tiene algunas responsabilidades

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se enumera lo que tiene que hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para conocer lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - En los Capítulos 3 y 4, se brindan más detalles sobre sus servicios médicos, que incluyen lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas por seguir y lo que debe pagar.
    - En los Capítulos 5 y 6, se proporcionan más detalles sobre su cobertura para fármacos recetados de la Parte D.
- Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para fármacos recetados, debe comunicárnoslo. Llame a Servicios para Miembros para informarnos sobre esta situación (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
    - Cuando obtiene los servicios cubiertos por nuestro plan, debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice toda su cobertura combinada. A esto se lo denomina "**coordinación de beneficios**" porque implica la coordinación de los beneficios de salud y fármacos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y fármacos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 10).
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de identificación del plan cada vez que obtenga atención médica o fármacos recetados de la Parte D.
- Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden; para ello, bríndeles información, haga preguntas y lleve un seguimiento de su atención médica.
    - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas médicos y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los fármacos que está tomando, incluidos los fármacos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.

  - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas. Los médicos y otros proveedores de atención médica deberían explicarle todo lo que no comprende de una manera que usted entienda. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera tal que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Para ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la

    Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para poder seguir siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o fármacos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el fármaco. Este monto será un copago (un monto fijo) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6, se le informa lo que debe pagar por sus fármacos recetados de la Parte D.
  - Si recibe algún servicio médico o fármaco que no estén cubiertos por nuestro plan o por otros seguros que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o fármaco, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si le corresponde una multa por inscripción tardía, debe pagarla para mantener su cobertura de fármacos recetados.
  - Si, por sus ingresos anuales, le corresponde el monto adicional por la Parte D, debe pagarle este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (En el Capítulo 1, se informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un período de inscripción especial en el que podrá inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  - **Incluso si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos estar al tanto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.

  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y los horarios de atención de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

ANTECEDENTES 189

SECCIÓN 1 Introducción 189
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 189
Sección 1.2 Acerca de los términos legales 189

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 190
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 190

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 190
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O el proceso de presentación de quejas? 190

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 191

SECCIÓN 4 Guía para entender los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 191
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general 191
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 192
Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se proporcionan los detalles de su situación? 193

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 194
Sección 5.1 En esta sección, se indica qué hacer si tiene problemas relacionados con la obtención de cobertura para su atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo por su atención 194
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 196
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura para atención médica tomada por nuestro plan) 199
Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 203
Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por la prestación de atención médica? 205

SECCIÓN 6 Sus fármacos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 206

Sección 6.1 En esta sección, se indica qué hacer si tiene problemas para recibir un fármaco de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un fármaco de la Parte D 206

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 208

Sección 6.3 Información importante que debe tener en cuenta para solicitar excepciones 210

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida la excepción 211

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo realizar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura efectuada por nuestro plan) 215

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 218

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos cubrir una estadía hospitalaria más prolongada si considera que su médico le da el alta demasiado rápido 220

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare que le indique sus derechos 221

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital 222

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital 225

Sección 7.4 ¿Qué ocurre si no cumple con la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1? 227

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos mantener la cobertura de determinados servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto 230

Sección 8.1 *Esta sección trata sobre tres servicios únicamente:* servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y Centro Integral de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) 230

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuándo finaliza su cobertura 230

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo 231

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo 234

Sección 8.5 ¿Qué ocurre si no cumple con la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1? 235

SECCIÓN 9 Llevar su apelación al Nivel 3 y más 238

Sección 9.1 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos 238

Sección 9.2 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de fármacos de la Parte D 240

PLANTEO DE QUEJAS 241

SECCIÓN 10 Cómo plantear una queja relacionada con la calidad de la atención, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes 241

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?..... 241

Sección 10.2 El nombre formal de "plantear una queja" es "presentar un reclamo" 243

Sección 10.3 Paso a paso: PLANTEO DE QUEJAS..... 244

Sección 10.4 También puede plantear quejas relacionadas con la calidad de la atención de la Organización de Mejora de la Calidad 245

Sección 10.5 También puede hablar con Medicare sobre su queja 246

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo, se explican dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso está regido por un conjunto normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál debe utilizar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

En este capítulo, se explica la terminología legal de algunas de las normas, los procedimientos y los tipos de plazos. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para facilitar la comprensión, en vez de utilizar estos términos legales, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples. Por ejemplo, en este capítulo dice "presentar una queja" en lugar de "interponer un reclamo", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización", "determinación de cobertura" o "determinación de riesgo", y "organización de revisión independiente" en lugar de "entidad de revisión independiente". También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede resultarle útil conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre (y a veces es bastante importante que los conozca). Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión al momento de tratar un problema y obtener la ayuda o la información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento necesario para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa de Asistencia Estatal sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés)**. Este programa gubernamental ha capacitado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, presentamos dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O el proceso de presentación de quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le será útil.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específicos, **EMPIECE AQUÍ**.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye problemas relacionados con el hecho de que cierta atención médica o fármaco recetado estén cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los fármacos recetados).

Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4: "Guía para entender los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los plazos de espera, el Servicio de atención al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía para entender los conceptos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y con la cobertura de servicios médicos y fármacos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o con respecto al monto que pagaremos por sus servicios médicos o fármacos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que recibe su atención médica o si lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro acerca de si cubriremos un servicio médico particular o si se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto en su caso y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el fármaco no están cubiertos o ya no tienen cobertura de Medicare. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, puede "apelar". Una apelación es un proceso formal por el cual nos solicita la revisión y modificación de una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar que hayamos seguido todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En algunas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión rápida de cobertura" o decisión acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización independiente que no está relacionada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos. En otras situaciones, será usted quien presente una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a otros niveles de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a nuestros Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su Programa de Asistencia Estatal sobre Seguro Médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
    - Por atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.

- Para los fármacos recetados de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe como su "representante" con el fin de que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
  - En virtud de la ley estatal, puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante.
  - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de nombramiento de representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en http://prominencemedicare.com). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de derivación. También hay grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o para que apele una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se proporcionan los detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 6** de este capítulo: Sus fármacos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una internación más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto".

- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios [CORF, por sus siglas en inglés]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su programa SHIP (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, se brindan los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía para entender los "conceptos básicos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, puede que le convenga hacerlo antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1 En esta sección, se indica qué hacer si tiene problemas relacionados con la obtención de cobertura para su atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo por su atención

En esta sección, se abordan sus beneficios en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (¿Qué está cubierto y qué paga usted?*). Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "cobertura para atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones "atención, tratamiento o servicios médicos".

En esta sección, se indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que dicha atención tiene cobertura por parte del plan.

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que dicha atención tiene cobertura por parte del plan.

3. Recibió atención o servicios médicos que cree que el plan debería cubrir, pero nosotros hemos expresado que no pagaremos estos cuidados.

4. Recibió y pagó por la atención o los servicios médicos que ha recibido y cree que el plan debería cubrirlos; por este motivo, quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

   NOTA: **Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)**, debe leer otra sección de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

   - Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitarnos la cobertura de una internación más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.*
   - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio o en un centro de enfermería especializada y servicios en un CORF.

   Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía para saber qué hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que debe hacer:
¿Desea saber si vamos a cubrir la atención médica o los servicios que usted quiere?	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2**.
¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted quería que lo hiciéramos?	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.
¿Desea pedirnos que le reembolsemos el monto de servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

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

Paso 1: Le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión rápida de cobertura".**

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" es una **"determinación acelerada"**.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.

Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *"Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura sobre su atención médica*. *"Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura sobre su atención médica".*

Por lo general, para informarle nuestra decisión, usamos los plazos estándar.

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar los plazos "rápidos". **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días corridos** después de recibida su solicitud.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días corridos adicionales.** Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días corridos adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas.**
    - **No obstante, podemos tomarnos hasta 14 días corridos adicionales** si descubrimos que falta alguna información que podría beneficiarlo (como expedientes médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
    - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días corridos adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
    - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido es por cobertura de atención médica que aún no haya recibido. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es por el pago de atención médica ya recibida).
    - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la utilización de los plazos estándar pudiera *causar graves daños a su salud o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico le dice que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide la decisión rápida de cobertura sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
    - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, se lo informaremos por escrito a través de una carta (y usaremos los plazos estándar en su lugar).
    - En esta carta, se le informará que, si su médico le pide la decisión de rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
    - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos límite para una "decisión rápida de cobertura"

- Normalmente, en el caso de una decisión rápida de cobertura, le daremos nuestra respuesta en un **plazo de 72 horas**.
    - Como se explicó anteriormente, en determinadas circunstancias, podemos tomarnos hasta 14 días corridos adicionales. Si decidimos tomarnos días adicionales para llegar a una decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
    - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días corridos adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
    - Si no le damos nuestra respuesta dentro de un plazo de 72 horas (o si hay una prolongación de tiempo al final de ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 más adelante, se explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura para la atención médica que hemos aceptado brindar dentro de las 72 horas posteriores a haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura antes de que finalice ese período.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación por escrito en la que se detallará el motivo del rechazo.

Plazos límite para una "decisión de cobertura estándar"

- Normalmente, en el caso de una decisión de cobertura estándar, le daremos nuestra respuesta dentro de un **plazo de 14 días corridos luego de haber recibido su solicitud.**
    - En determinadas circunstancias, podemos tomarnos hasta 14 días corridos adicionales ("una extensión del plazo"). Si decidimos tomarnos días adicionales para llegar a una decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
    - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días corridos adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
    - Si no le damos nuestra respuesta dentro de un plazo de 14 días corridos (o si hay una prolongación de tiempo al final de ese período), tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 más adelante, se explica cómo presentar una apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos aceptado brindar dentro de los 14 días corridos posteriores a haber recibido su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura antes de que finalice ese período.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explicará el motivo del rechazo.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos (y posiblemente que cambiemos) nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir la revisión de una decisión de cobertura para atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Apelar al plan por una decisión de cobertura para atención médica se llama una **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta su apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura sobre su atención médica.*

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.**

    - Si un tercero, que no sea su médico, apela nuestra decisión por usted, junto con su apelación debe presentar el formulario de nombramiento de representante en el que usted autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y pida el formulario de nombramiento de representante. (También está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en http://prominencemedicare.com). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión sin él. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días corridos después de recibir su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su solicitud), su apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión de cobertura sobre su atención médica*).

- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro del plazo de 60 días corridos** posteriores a la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene un buen motivo por el cual la ha dejado pasar, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados por los cuales ha dejado vencer el plazo son los siguientes: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información relacionada con su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**

    - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación. Podemos cobrar una tarifa por la copia y el envío de esta información.

    - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede hacer una solicitud verbal)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que aquellos para la obtención de una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que debe seguir para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se presentaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

<u>Paso 2:</u> Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si, cuando rechazamos su solicitud, seguimos todas las normas.
- De ser necesario, recopilaremos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos límite para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Si su salud así lo exige, le daremos la respuesta antes.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días corridos adicionales.** Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que nos tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, brindamos información sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos aceptado brindar dentro de las 72 horas posteriores a haber recibido su solicitud.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos límite para una "apelación estándar"

- En caso de utilizar los plazos estándar, si su apelación es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido, debemos darle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 30 días corridos** después de haber recibido su apelación. Si su salud así lo exige, le daremos una respuesta antes.
    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días corridos adicionales.** Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
    - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días corridos adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
    - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite anteriormente mencionado (o al final de la extensión del plazo, en caso de que nos tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, brindamos información sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos aceptado brindar dentro de los 30 días corridos posteriores a haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Con el fin de garantizar que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación, **estamos obligados a enviar su apelación a una "organización de revisión independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada para su primera apelación. Esta organización determina si se debe cambiar la decisión que nosotros tomamos.

Términos legales
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE"**, por sus siglas en inglés.

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

- **La organización de revisión independiente es una organización independiente externa contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Se trata de una empresa que elige Medicare para que sea la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**. Podemos cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Para respaldar su apelación, tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una "apelación rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación rápida, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** luego de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días corridos adicionales.**

Si se le concedió una "apelación estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación estándar, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 30 días corridos** luego de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomarse hasta 14 días corridos adicionales.**

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar la cobertura para atención médica dentro de un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio dentro de un plazo de 14 días corridos luego de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar o, para las solicitudes aceleradas, dentro de un plazo de 72 horas luego de la fecha en la que el plan recibe la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o una parte de ella) de cobertura para atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
    - Si la organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un determinado mínimo. Si el valor monetario de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación; lo que significa que la decisión en del Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el valor monetario necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede decide si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se ofrecen más detalles sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por la prestación de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *¿Cómo nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o fármacos cubiertos?* En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación que se nos solicita para el pago.

Solicitar un reembolso equivale a solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos [¿Qué está cubierto y qué paga usted?]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para usar su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para acceder a servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y si siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte del costo de su atención médica que nos corresponde dentro de un plazo de 60 días corridos después de haber recibido su solicitud. O bien, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. El rechazo de su solicitud de pago equivale a *negar* su solicitud de una decisión de cobertura.

¿Qué pasa si solicita el pago y se lo denegamos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Al presentar una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación por un reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta dentro de un plazo de 60 días corridos después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita un reembolso por atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó, ya sea a usted o al proveedor, dentro de un plazo de 30 días corridos. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó, ya sea a usted o al proveedor, dentro de un plazo de 60 días corridos.

SECCIÓN 6 Sus fármacos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Guía para entender los "conceptos básicos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, puede que le convenga hacerlo antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 En esta sección, se indica qué hacer si tiene problemas para recibir un fármaco de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un fármaco de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos fármacos recetados. Consulte la *Lista de fármacos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su fármaco debe ser utilizado para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Una "indicación aceptada desde el punto de vista médico" hace referencia a un uso del fármaco que está aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener información sobre indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico).

- **Esta sección solo se trata de sus fármacos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en el resto de esta sección, por lo general, diremos "fármaco" en lugar de repetir cada vez las expresiones "fármaco recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "fármaco de la Parte D".
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con fármacos de la Parte D, *Lista de fármacos cubiertos (Formulario)*, normas y las restricciones de cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para los fármacos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los fármacos recetados de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus fármacos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los fármacos de la Parte D se denomina **"determinación de cobertura".**

A continuación, presentamos algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos pide que tomemos sobre sus fármacos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, incluso:
    - Nos pide que cubramos un fármaco de Parte D que no se encuentra en *Lista de fármacos cubiertos (Formulario)* del plan.
    - Nos pide que no apliquemos una restricción de cobertura del plan para un fármaco (por ejemplo, límites sobre la cantidad de fármaco que puede consumir).
    - Nos pide que bajemos el monto de costo compartido de un fármaco cubierto sobre un nivel superior de costo compartido.
- Nos pregunta si un fármaco está cubierto y si cubre con alguna de las reglas de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su fármaco se encuentra en la *Lista de fármacos cubiertos [Formulario]* del plan, pero le solicitamos que obtenga aprobación de nuestra parte antes de poder cubrirlo).
    - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le indica que su fármaco recetado no se puede surtir tal como está escrito, recibirá un aviso escrito que le explique cómo comunicarse con nosotros para pedirnos que tomemos una decisión relacionada con su cobertura.
- Nos pide que paguemos un fármaco recetado que ya ha comprado. Es una solicitud de decisión de cobertura relacionada con el pago.

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que hemos tomado, usted podrá apelar nuestra decisión.

En esta sección, se indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro a continuación para determinar qué parte contiene información relacionada con su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

¿Necesita usted un fármaco que no se encuentra en nuestra lista de fármacos o necesita que no apliquemos una regla o una restricción de un fármaco que cubrimos?	¿Quiere que cubramos un fármaco de nuestra lista de fármacos antes de cumplir con las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener aprobación por adelantado) para el fármaco que necesita?	¿Quiere pedirnos que le reintegremos el dinero de un fármaco que ya ha recibido y pagado?	¿Le hemos dicho que no cubriremos o pagaremos un fármaco de la manera que desea que se cubra o se pague?
Usted puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.	Nos puede pedir una decisión de cobertura. Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Usted puede pedirnos que le reintegremos dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Usted puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un fármaco no está cubierto de la manera en que quisiera, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De manera similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de una excepción, usted podrá apelar nuestra decisión.

Cuando usted pide una excepción, su médico u otra persona que receta deberá explicar los motivos médicos por los cuales usted debe hacer aprobar la excepción. Luego consideraremos su solicitud. A continuación, presentamos tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que receta pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un fármaco de la Parte D que no se encuentra en nuestro** *Formulario 2019 (Lista de fármacos cubiertos)***.** (Lo llamamos "Lista de fármacos" para abreviar).

Términos legales
En ocasiones, para pedir la cobertura de un fármaco que no se encuentra en la Lista de fármacos, debe pedir una **"excepción de formulario".**

   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un fármaco que no se encuentra en la Lista de fármacos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica al Nivel 5. No puede solicitar una excepción del monto de copago o coseguro que le exigimos que pague por el fármaco.

2. **Eliminación de una restricción sobre nuestra cobertura de un fármaco cubierto.** Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados fármacos en nuestro *Formulario 2019 (Lista de fármacos cubiertos)*; para obtener más información, consulte el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Términos legales
En ocasiones, el pedido de eliminación de la restricción de la cobertura de un fármaco se denomina pedir una **"excepción de formulario".**

   - Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de determinados fármacos comprenden:
     - *obligación de consumir la versión genérica* de un fármaco en lugar del fármaco de marca;
     - *obtención de la aprobación del plan* antes de que acordemos cubrir el fármaco para usted (en ocasiones, se denomina "autorización previa");
     - *obligación de probar un fármaco diferente* antes de que aceptemos cubrir el fármaco que solicita (En ocasiones, se denomina "terapia escalonada");
     - *Límites sobre las cantidades.* Para algunos fármacos, existen restricciones relacionadas con la cantidad de fármaco que puede consumir.
   - Si aceptamos realizar una excepción y renunciamos a dicha restricción para su caso, podrá solicitar una excepción de monto de copago o coseguro que deberá pagar para adquirir el fármaco.

3. **Cambio de cobertura de un fármaco para un nivel inferior de costo compartido.** Cada fármaco de la Lista de fármacos se encuentra en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo el nivel de costo compartido, menos tendrá que pagar por el costo del fármaco.

Términos legales
En ocasiones, el pedido de pago de un precio menor por un fármaco no preferido cubierto se denomina **"excepción de nivel".**

- Si una lista de fármacos contiene fármacos alternativos para tratar su afección médica comprendida dentro de un nivel inferior de costo compartido que su fármaco, podrá pedirnos que cubramos su fármaco al monto de costo compartido que se aplica a los fármacos alternativos. De esta manera, reduciría su porción del costo del fármaco.
    - Si el fármaco que consume es un fármaco genérico, nos podrá pedir que cubramos su fármaco al monto de costo compartido que se aplica al menor nivel que contiene marcas alternativas o genéricas para tratar su afección.
- No nos puede pedir que cambiemos el nivel de costo compartido de cualquier fármaco ubicado dentro del Nivel especial (Nivel 5).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hubiera más de un nivel inferior de costo compartido con fármacos alternativos que usted no puede consumir, en general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Información importante que debe tener en cuenta para solicitar excepciones

Su médico nos debe informar los motivos médicos

Su médico u otra persona que receta nos debe presentar una declaración en la que se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otra persona que receta cuando pida la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de fármacos incluye más de un fármaco para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan fármacos "alternativos". Si un fármaco alternativo sería tan efectivo como el fármaco que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos pide una excepción de nivel, en general *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los fármacos alternativos ubicados dentro del nivel inferior de costo compartido no sean adecuados para su caso.

Podemos aprobar o desaprobar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación generalmente será válida hasta el final del año del plan. Esto es válido en tanto y en cuanto su médico continúe recetando el fármaco y dicho fármaco continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si no aprobamos su solicitud de excepción, podrá solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 6.5, se indica cómo presentar una apelación en caso de negativa de nuestra parte.

En la siguiente sección se indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida la excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida la excepción

<u>Paso 1:</u> Usted nos pide que tomemos una decisión relacionada con la cobertura acerca del fármaco o el pago que necesita. Si, debido a su salud, necesita obtener una respuesta rápida, deberá solicitarnos que tomemos una "decisión rápida de cobertura". No puede solicitarnos una decisión rápida de cobertura si nos solicita un reintegro de un fármaco que ya ha comprado.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Para comenzar, llame, escriba o envíenos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona que receta) podrán hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura relacionada con sus fármacos recetados de la Parte D.* O si nos pide que le reintegremos el dinero de un fármaco, consulte la sección denominada *Dónde enviar una solicitud para pedir que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un fármaco que ha recibido.*
- **Usted, su médico u otra persona que actúa en su nombre** podrán solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 4 de este capítulo, se explica de qué manera usted puede dar permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. Usted además puede tener a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si quiere pedirnos que le reintegremos el dinero de un fármaco,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por fármacos o servicios médicos cubiertos.* En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales podría necesitar pedir un reembolso. Además, se le indica cómo enviarlos los papeles de trabajo para solicitar el reintegro de nuestra parte del costo de un fármaco que ha pagado.

- **Si solicita una excepción, deberá proporcionar la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona que receta deberá proporcionarnos los motivos médicos de la excepción del fármaco que está solicitando. (Se denomina "declaración de respaldo"). Su médico u otra persona que receta podrá enviarnos la declaración por fax o por correo. O bien su médico u otra persona que receta podrá informarnos por teléfono y realizar el seguimiento mediante el envío de la declaración escrita por fax o por correo si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluso una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"decisión de cobertura acelerada".**

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos los plazos "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar los plazos "rápidos". La decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de su médico. La decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de las 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe reunir dos requisitos:**
    - Podrá obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita un *fármaco que aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si nos solicita un reintegro de un fármaco que ya ha comprado).
    - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la utilización de los plazos estándar pudiera *causar graves daños a su salud o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico u otra persona que receta nos informa que debido a su salud usted necesita una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida usted mismo (sin el apoyo de su médico u otra persona que receta), decidiremos si debido a su salud usted necesita que le otorgaremos una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión rápida de cobertura, se lo informaremos por escrito a través de una carta (y usaremos los plazos estándar en su lugar).

- En esta carta, se le indicará que, si su médico u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le otorgaremos una decisión de cobertura rápida.
- La carta además le indicará de qué manera puede presentar una queja relacionada con nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida solicitada. Indica de qué manera debe presentar una "queja rápida", que significa que usted recibirá nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas después de recibir la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos límite para una "decisión rápida de cobertura"

- Si utilizamos plazos rápidos, deberemos darle una respuesta **dentro de las 24 horas**.
  - En general, significa dentro de las 24 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de recibir la declaración de su médico en respaldo de su solicitud. Le daremos una respuesta más rápida si fuera necesario debido a su salud.
  - Si no podemos cumplir con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que ocurre en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura acordada dentro de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o la totalidad de lo solicitado,** le enviaremos una solicitud escrita en la que se explique el motivo de nuestra negativa.

Plazos de una "decisión de cobertura estándar" relacionada con un fármaco que aún no ha recibido

- Si utilizamos plazos estándar, deberemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas**.
  - En general, significa dentro de las 72 horas después de que recibimos su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de su médico en respaldo de su solicitud. Le daremos una respuesta más rápida si fuera necesario debido a su salud.
  - Si no podemos cumplir con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que ocurre en la Apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que ha solicitado:**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura** acordada **dentro de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o la totalidad de lo solicitado,** le enviaremos una solicitud escrita en la que se explique el motivo de nuestra negativa.

Plazos de una "decisión de cobertura estándar" relacionada con el pago de un fármaco que ya ha comprado

- Debemos responder **dentro de los 14 días corridos** después de recibir su solicitud.
    - Si no podemos cumplir con esta fecha límite, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que ocurre en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** también debemos efectuar el pago dentro de los 14 días corridos después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o la totalidad de lo solicitado,** le enviaremos una solicitud escrita en la que se explique el motivo de nuestra negativa.

Paso 3: Si nuestra respuesta es negativa a su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si nos negamos, usted tiene el derecho a solicitar una apelación. El pedido de apelación significa pedirnos reconsiderar (y posiblemente cambiar) la decisión que hemos tomado.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo realizar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de la decisión de cobertura efectuada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan relacionada con la decisión de cobertura de un fármaco de la Parte D se denomina una "redeterminación" del plan**.**

<u>Paso 1:</u> Usted se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1.

Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, médico u otra persona que receta) se deben poner en contacto con nosotros.**
    - Para obtener información acerca de cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o en nuestro sitio web, para cualquier finalidad relacionada con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección denominada *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando presenta una apelación relacionada con los fármacos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, envíe una solicitud escrita para presentar su apelación.** Para solicitar una apelación, también puede llamarnos al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo ponerse en contacto con nuestro plan cuando presenta su apelación relacionada con sus fármacos recetados de Parte D*).
- **Si solicita una apelación rápida, también puede presentar la apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando presenta su apelación relacionada con sus fármacos recetados de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluso una solicitud presentada en el Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro del plazo de 60 días corridos** posteriores a la fecha que figura en la notificación por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene un buen motivo por el cual la ha dejado pasar, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos justificados por los cuales ha dejado vencer el plazo son los siguientes: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.**
    - Tiene derecho a pedirnos una copia de la información relacionada con su apelación. Podemos cobrar una tarifa por la copia y el envío de esta información.
    - Si lo desea, usted y su médico u otra persona que receta podrán brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"nueva determinación acelerada".**

Si su salud lo requiere, puede pedir una "apelación rápida".

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un fármaco que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que receta deberán decidir si usted necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son iguales a los requisitos para obtener una "decisión de cobertura rápida" incluidos en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, miramos atentamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si, cuando rechazamos su solicitud, seguimos todas las normas. Nos podremos poner en contacto con usted, con su médico o con otra persona que receta para obtener más información.

Plazos límite para una "apelación rápida"

- Si utilizamos plazos rápidos, deberemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta más rápida si fuera necesario debido a su salud.
    - Si no podemos darle una respuesta dentro de las 72 horas, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, brindamos información sobre esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura acordada dentro de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o la totalidad de lo solicitado,** le enviaremos una solicitud escrita que le explique el motivo de nuestra negativa y de qué manera puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una "apelación estándar"

- Si utilizamos plazos estándar, deberemos darle una respuesta **dentro de 7 días corridos** después de recibir su apelación para un fármaco que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el fármaco y necesita que lo hagamos debido a su afección médica. Si usted considera que su salud lo requiere, debería pedir una "apelación rápida".
    - Si no podemos informarle nuestra decisión dentro de los 7 días corridos, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisado por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que ha solicitado:**
    - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar tan pronto como su salud lo requiera, pero deberá ocurrir a los **7 días corridos como máximo** después de recibir su apelación.
    - Si aprobamos una solicitud de reintegro del dinero de un fármaco que ya ha comprado, le **enviaremos el pago dentro de los 30 días corridos** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o la totalidad de lo solicitado,** le enviaremos una solicitud escrita que le explique el motivo de nuestra negativa y de qué manera puede apelar nuestra decisión.
- Si usted solicita que le reintegremos el dinero de un fármaco que ya ha comprado, le daremos una respuesta **dentro de 14 días corridos** después de recibir su solicitud.
    - Si no podemos informarle nuestra decisión dentro de los 14 días corridos, enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que ocurre en la Apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** también debemos efectuar el pago dentro de los 30 días corridos después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o la totalidad de lo solicitado,** le enviaremos una solicitud escrita en la que se explique el motivo de nuestra negativa.

<u>Paso 3:</u> Si rechazamos su apelación, usted debe decidir si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, podrá elegir si aceptará esta decisión o continuar con la presentación de otra apelación.
- Si usted decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, podrá elegir si aceptará esta decisión o continuar con la presentación de otra apelación. Si usted decide presentar una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que efectuamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si se debe cambiar la decisión que nosotros tomamos.

Términos legales
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE"**, por sus siglas en inglés.

<u>Paso 1:</u> Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otra persona que receta) deberá ponerse en contacto con la organización de revisión y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la organización de revisión independiente, enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**. Podemos cobrarle una tarifa por la copia y el envío de esta información.
- Para respaldar su apelación, tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La organización de revisión independiente es una organización independiente externa contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones relacionadas con los beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le informará la decisión por escrito y explicará los motivos.

Plazos para una "apelación rápida" en el Nivel 2.

- Si su salud lo requiere, puede pedir una "apelación rápida" a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", la organización de revisión deberá darle una respuesta de su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud,** debemos proporcionarle la cobertura del fármaco aprobado por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** después de recibir la decisión de dicha organización de revisión.

Plazos para una "apelación estándar" en el Nivel 2.

- Si tiene una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión deberá dar una respuesta de su apelación de Nivel 2 **dentro de 7 días corridos** después de recibir su apelación si se trata de un fármaco que aún no ha recibido. Si usted solicita que le reintegremos el dinero de un fármaco que ya ha comprado, la organización de revisión deberá responder a la apelación de nivel 2 dentro de 14 días corridos después de recibir su solicitud.
    - **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que ha solicitado:**
        - Si la organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proporcionarle la cobertura del fármaco** aprobado por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de dicha organización de revisión.
        - Si la organización de revisión independiente aprueba una solicitud de reintegro del dinero de un fármaco que ya ha comprado, le **enviaremos el pago dentro de los 30 días corridos** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización acepta nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para realizar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del fármaco que solicita debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del fármaco que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 será definitiva. En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le indicará el valor en dólares que debe estar en controversia para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted debe elegir si quiere avanzar con la apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación contiene los detalles sobre cómo hacerlo.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se ofrecen más detalles sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos cubrir una estadía hospitalaria más prolongada si considera que su médico le da el alta demasiado rápido

Cuando ingresa al hospital, usted está facultado a recibir todos los servicios de hospitalización cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención de hospitalización, incluso las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar).*

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que abandone el hospital. Ellos además lo ayudarán a coordinar la atención que pudiera necesitar después de abandonar el hospital.

- El día en que abandona el hospital se denomina "**fecha del alta**".
- Después de decidir la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si usted considera que es demasiado pronto para abandonar el hospital, podrá solicitar una internación más prolongada y se considerará su solicitud. En esta sección, se detalla cómo realizar dicho pedido.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito de Medicare que le indique sus derechos

Durante su hospitalización, recibirá un aviso escrito denominado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todos los miembros a Medicare reciben una copia de este aviso cuando ingresan al hospital. Alguna persona del hospital (por ejemplo, un asistente social o miembro del personal de enfermería) deberá entregarle dicho aviso dentro de los dos días de su ingreso. Si no recibe el aviso, solicítelo a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso atentamente y pregunte si no lo comprende.** En este, se detallan sus derechos como paciente del hospital, incluidos los siguientes:
   - su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, tal como lo ordenó su médico, lo que incluye el derecho a saber de qué servicios se trata, quién pagará por ellos y dónde puede recibirlos;
   - su derecho a participar en cualquier decisión relacionada con su hospitalización y saber quién pagará por ella,
   - incluso dónde informar sus inquietudes relacionadas con la calidad de la atención hospitalaria;
   - su derecho de apelar su decisión de alta si considera que ha recibido el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
En el aviso escrito de Medicare, se le indica de qué manera puede **"solicitar una revisión inmediata".** La solicitud de revisión inmediata es una manera formal y legal de pedir una extensión de la fecha de alta para que usted reciba nuestra cobertura de su internación durante más tiempo. (En la Sección 7.2, se le indica de qué manera puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Debe firmar el aviso escrito que demuestre que lo ha recibido y comprende sus derechos.**
   - Usted o una persona que actúa en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 4 de este capítulo, se explica de qué manera usted puede dar permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - La firma de este aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información relacionada con sus derechos. El aviso no le indica fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha de alta). La firma del aviso **no significa** que usted acepta la fecha del alta.

3. **Guarde una copia** del aviso firmado para tener a mano la información necesaria para realizar la apelación (o informar una inquietud relacionada con la calidad de atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de abandonar el hospital, recibirá otra copia antes de programar el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También lo puede ver en Internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea pedir que nos hagamos cargo de la cobertura de sus servicios de hospitalización durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprenderlas y cumplir con dichas fechas que se apliquen a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O bien llame al Programa de Ayuda de Seguro del Estado, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y pida una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar de inmediato.

¿Qué es la Organización de Mejora de la Calidad?

- Esta organización está compuesta por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud financiados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización recibe dinero de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare. Incluye la revisión de las fechas del alta del hospital de las personas que tienen Medicare.

¿Cómo se puede comunicar con esta organización?

- En el aviso escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare relacionado con sus derechos*), se le explica cómo comunicarse con esta organización. (O bien busque el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

Actúe de inmediato:

- Para presentar su apelación, se debe comunicar con la Organización de Mejora de la Calidad *antes* de abandonar el hospital y **con anterioridad a la fecha de alta planificada.** (Su "fecha de alta planificada" es la fecha establecida para que usted abandone el hospital).
    - Si usted cumple con esta fecha límite, se le permitirá permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por su hospitalización* mientras espera recibir la decisión de la apelación de la Organización de Mejora de la Calidad.
    - Si no cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, deberá pagar la totalidad de los costos de la atención hospitalaria que recibe después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad en relación con su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información sobre esta manera de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Pida una "revisión rápida":

- Debe pedir a la Organización de Mejora de la Calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Pedir una "revisión rápida" significa que usted le pide a la organización utilizar las fechas límite "rápidamente" para presentar una apelación en lugar de utilizar las fechas límite estándar.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se denomina "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

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

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (los llamamos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores además analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Para el mediodía del día en que los revisores informaron nuestro plan de su apelación, recibirá además un aviso escrito en el que se indique su fecha de alta planificada y se expliquen en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros creamos que es correcto (médicamente apropiado) para usted recibir el alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación escrita se denomina "**Aviso detallado del alta."** Para obtener una muestra de este aviso, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien puede ver un aviso de muestra en Internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

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 una apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión *confirma* su apelación, **deberemos continuar proporcionándole servicios de hospitalización mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**

- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, podría haber limitaciones a sus servicios de hospitalización cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué ocurre si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha de alta planificada es médicamente apropiada. En ese caso, **nuestra cobertura de sus servicios de hospitalización finalizará** al mediodía del día *posterior* al que la Organización de Mejora de la Calidad responde su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, usted deberá **pagar la totalidad del costo** de la atención hospitalaria recibida después del mediodía del día posterior al que la Organización de Mejora de la Calidad responde su apelación.

Paso 4: Si la respuesta de su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión que ha adoptado en su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, usted deberá la totalidad del costo de su hospitalización después de su fecha de alta planificada.

A continuación, se presentan los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se comunica con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y pide otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de 60 días corridos** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de la 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 analizarán cuidadosamente nuevamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días corridos de recibir su solicitud de segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión responde afirmativamente:

- Le **reintegraremos** su parte del costo de la atención hospitalaria recibida desde el mediodía del día después de que la Organización de Mejora de la Calidad rechazó la primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura de su atención de hospitalización durante el tiempo que fuera médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte del costo y se podrán aplicar limitaciones sobre la cobertura.

Si la organización de revisión responde negativamente:

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión adoptada en la Apelación de Nivel 1 y no la cambiará. Se denomina "confirmar la decisión".
- En el aviso que reciba, se le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le proporcionará información sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, lo que está a cargo de un juez de Derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si quiere avanzar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta dicha decisión o si pasará al Nivel 3 y presentará otra apelación. En el Nivel 3, el juez de Derecho administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se ofrecen más detalles sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué ocurre si no cumple con la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?

En ese caso, usted puede presentarnos una apelación

Tal como explicamos anteriormente en la Sección 7.2, deberá actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para iniciar su primera apelación del alta del hospital. ("Rápidamente" significa antes de abandonar el hospital, pero no después de la fecha de alta planificada). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, existe otra manera de presentar su apelación.

Si utiliza esta otra manera de presentar la apelación, *los primeros dos niveles de la apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, podrá presentarnos una apelación y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación donde se aplican las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando presenta su apelación relacionada con su atención médica.*

- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida**". Significa que nos pide que le demos una respuesta con las fechas límite "rápidas" en lugar de "estándar".

Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de su fecha de alta planificada, donde verificamos si era médicamente apropiado.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información relacionada con su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Analizaremos si la decisión que se ha tomado respecto de cuándo debe abandonar el hospital fue justa y cumplió con las reglas.
- En esta situación, utilizaremos las fechas límite "rápidas" en lugar de las fechas límite estándar para responder a esta revisión.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de solicitar una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aprobamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted y que necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta y se continuarán proporcionando los servicios de hospitalización durante el tiempo en que fuera médicamente necesario. Asimismo, significa que hemos aceptado reembolsarle su parte de los costos de la atención recibida desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Deberá continuar pagando su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones sobre la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida**, significa que la fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de servicios de hospitalización finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si usted permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta planificada, **deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que estábamos cumpliendo con todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a una "organización de revisión independiente".** Cuando lo hacemos, significa que pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **organización de revisión independiente** revisa la decisión que efectuamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización determina si se debe cambiar la decisión que nosotros tomamos.

Términos legales
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE"**, por sus siglas en inglés.

Paso 1: Remitiremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas del momento en que le indicamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, podrá plantear una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. En la Sección 10 de este capítulo, se indica cómo plantear una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La organización de revisión independiente es una organización independiente externa contratada por Medicare**. Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Se trata de una empresa que elige Medicare para que sea la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización confirma su apelación,** debemos reembolsarle (reintegrarle) su parte de los costos de la atención de hospitalización que ha recibido desde la fecha del alta planificada. Además, debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios de hospitalización durante el tiempo que fuera médicamente necesario**.** Deberá continuar pagando su parte del costo. Si existen limitaciones relacionadas con la cobertura, se podría limitar la cantidad que le reembolsamos o el tiempo en que continuaremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros que la fecha de alta planificada era médicamente apropiada.
    - El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información sobre cómo pasar a la Apelación de Nivel 3 que la maneja el juez de Derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted debe elegir si desea avanzar con su apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta dicha decisión o si pasará al Nivel 3 y presentará una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se ofrecen más detalles sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos mantener la cobertura de determinados servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata sobre tres servicios únicamente:* servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y Centro Integral de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)

Esta sección *solo* abarca los siguientes tipos de atención:

- **servicios de atención médica a domicilio** que usted recibe;
- **atención de enfermería especializada** que usted recibe como paciente en un centro de enfermería especializada (Para obtener información sobre los requisitos para ser considerado un "centro de enfermería especializada" consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*);
- **atención de rehabilitación** que usted recibe como paciente ambulatorio en un Centro Integral de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios (CORF). En general, significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando usted recibe estos tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención mientras necesite recibir dicha atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluso su parte del costo y las limitaciones de cobertura que se pueden aplicar, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos [¿Qué está cubierto y qué paga usted?]).*

Cuando decidimos que es momento de dejar de proporcionando cobertura de alguno de los tres tipos de atención, se lo debemos informar por adelantado. Cuando finaliza su cobertura para dicha atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **usted puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se detalla cómo pedir una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuándo finaliza su cobertura

1. **Recibe un aviso por escrito.** Usted recibirá un aviso al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
    - En el aviso escrito, se indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.

- Además, se indica qué puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finalizar su atención y continuar con la cobertura durante más tiempo.

Términos legales
Al indicarle lo que puede hacer, el aviso escrito le indica cómo solicitar una **"apelación por vía rápida".** La solicitud de apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio de nuestra decisión de cobertura relacionada con el momento en que interrumpimos su atención. (En la Sección 7.3 a continuación, se indica de qué manera puede solicitar una apelación por vía rápida). El aviso escrito se denomina "**Aviso de falta de cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O consulte una copia en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

2. **Debe firmar el aviso escrito que demuestre que lo ha recibido.**
   - Usted o una persona que actúa en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 4, se explica de qué manera usted puede dar permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
   - La firma de este aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo se interrumpirá la cobertura. **La firma no significa que usted está de acuerdo** con el plan que indica que es momento de interrumpir su atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea pedir que nos hagamos cargo de la cobertura durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir con las fechas límite que se apliquen a lo que debe hacer. También debe cumplir con las fechas límite de nuestro plan. (Si cree que no cumplimos con nuestras fechas límite, podrá presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O bien llame al Programa de Ayuda de Seguro del Estado, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si presenta la Apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si cambiará la decisión adoptada por nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar de inmediato.

¿Qué es la Organización de Mejora de la Calidad?

- Esta organización está compuesta por un grupo de médicos y otros expertos de la salud financiados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención recibida por los miembros a Medicare y revisan las decisiones del plan relacionadas con el momento en que se debe dejar de cubrir determinados tipos de atención médica.

¿Cómo se puede comunicar con esta organización?

- En el aviso escrito que recibió, se le indica cómo comunicarse con esta organización. (O bien busque el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pida a esta organización una "apelación por vía rápida" (una revisión independiente) sobre si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Se debe comunicar con la Organización de Mejora de la Calidad para iniciar su apelación *antes del mediodía del día después al que recibe el aviso escrito que le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad en relación con su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nosotros. Para obtener más información sobre esta manera de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la Calidad (los llamamos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión además analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan ha proporcionado.
- Antes del final del día en que los revisores nos informen de su apelación, también recibirá de nuestra parte un aviso escrito que explique en detalle los motivos para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso de explicación escrita se denomina "**Explicación detallada de la falta de cobertura".**

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

¿Qué ocurre si los revisores confirman su apelación?

- Si los revisores *confirman* su apelación, **deberemos continuar proporcionándole servicios de hospitalización mientras sea médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, podrían existir limitaciones sobre sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué ocurre si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha incluida en el aviso.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica a domicilio, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios del Centro Integral de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta de su Apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- La primera apelación que presenta corresponde al "Nivel 1" del proceso de apelación. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1 y usted elige continuar recibiendo atención después de que ha finalizado la cobertura de la atención, podrá presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si la Organización de Mejora de la Calidad ha rechazado su apelación y usted elige continuar recibiendo la atención después de la finalización de la cobertura, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted pide a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión que ha adoptado en su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su atención médica a domicilio, la atención del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro Integral de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura.

A continuación, se presentan los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Se comunica con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y pide otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de 60 días** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad *rechazó* su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó la cobertura de la 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 analizarán cuidadosamente nuevamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué ocurre si la organización de revisión confirma su apelación?

- **Debemos reembolsarle** su parte de los costos de la atención recibida desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de su atención durante el tiempo que fuera médicamente necesario.

- Debe continuar pagando su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones sobre la cobertura.

¿Qué ocurre si la organización de revisión responde negativamente?

- Significa que está de acuerdo con la decisión adoptada en la Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- En el aviso que reciba, se le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le proporcionará información sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, lo que está a cargo de un juez de Derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si quiere avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para alcanzar cinco niveles de apelación en total. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta dicha decisión o si pasará al Nivel 3 y presentará otra apelación. En el Nivel 3, el juez de Derecho administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se ofrecen más detalles sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué ocurre si no cumple con la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?

En ese caso, usted puede presentarnos una apelación

Tal como explicamos anteriormente en la Sección 8.3, deberá actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para iniciar su apelación (dentro de un día o dos, como máximo). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, existe otra manera de presentar su apelación. Si utiliza esta otra manera de presentar la apelación, *los primeros dos niveles de la apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, podrá presentarnos una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación donde se aplican las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

A continuación, presentamos los pasos que debe seguir para presentar una Apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina "**apelación acelerada**".

<u>Paso 1:</u> Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida".

- Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección denominada *Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando presenta su apelación relacionada con su atención médica.*
- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida**". Significa que nos pide que le demos una respuesta con las fechas límite "rápidas" en lugar de "estándar".

<u>Paso 2:</u> Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si estábamos cumpliendo con todas las reglas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura de los servicios del plan que estaba recibiendo.
- Utilizaremos las fechas límite "rápidas" en lugar de las fechas límite estándar para responder a esta revisión.

<u>Paso 3:</u> Le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de solicitar una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aprobamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo y que estos se continuarán proporcionando durante el tiempo en que fuera médicamente necesario. Asimismo, significa que hemos aceptado reembolsarle su parte de los costos de la atención recibida desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Deberá continuar pagando su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones sobre la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si usted continuó recibiendo atención médica a domicilio, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios del Centro Integral de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

<u>Paso 4:</u> Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de que estábamos cumpliendo con todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **debemos enviar su apelación a una "organización de revisión independiente".** Cuando lo hacemos, significa que pasará *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que efectuamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización determina si se debe cambiar la decisión que nosotros tomamos.

Términos legales
El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE"**, por sus siglas en inglés.

<u>Paso 1:</u> Remitiremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas del momento en que le indicamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con esta fecha límite u otras fechas límite, podrá plantear una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelación. En la Sección 10 de este capítulo, se indica cómo plantear una queja).

<u>Paso 2:</u> La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La organización de revisión independiente es una organización independiente externa contratada por Medicare**. Esta organización no está conectada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Se trata de una empresa que elige Medicare para que sea la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *confirma* su apelación,** debemos reembolsarle (reintegrarle) su parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. Además, debemos continuar con la cobertura de su atención durante el tiempo que fuera médicamente necesario. Deberá continuar pagando su parte

del costo. Si existen limitaciones relacionadas con la cobertura, se podría limitar la cantidad que le reembolsamos o el tiempo en que continuaremos cubriendo sus servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y no la cambiará.
    - El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información sobre cómo pasar a la Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted debe elegir si desea avanzar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para alcanzar cinco niveles de apelación en total. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta dicha decisión o si pasará al Nivel 3 y presentará otra apelación. En el Nivel 3, el juez de Derecho administrativo o un abogado mediador revisa su apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se ofrecen más detalles sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 9.1 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección podría ser apropiada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y se han rechazado ambas apelaciones.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico relacionado con la apelación cumple con determinados niveles mínimos, podrá pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta escrita que recibe de su Apelación de Nivel 2 se le explicará con quién comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de la apelación funcionan de manera similar. A continuación, se detallan las partes que manejan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: **Un juez (denominado Juez de Derecho Administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de Derecho administrativo o el abogado mediador confirma su apelación, el proceso de apelación *podría* o *no podría* finalizar.** Luego decidiremos si apelaremos

esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar a una decisión de Nivel 3 que fuera favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio dentro de los 60 días corridos después de recibir la decisión del juez de Derecho administrativo o del abogado mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos de respaldo correspondientes. Podremos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en controversia.

- **Si el juez de Derecho administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelación *podría* o *no podría* finalizar.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finalizará.
  - Si no desea aceptar la decisión, podrá continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el aviso que reciba le indicará lo que debe hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4:	El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (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 rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelación *podría* o *no podría* finalizar.** Luego decidiremos si apelaremos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar a una decisión de Nivel 4 que fuera favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio dentro de los 60 días corridos después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *podría* finalizar o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finalizará.
  - Si no desea aceptar la decisión, podrá continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo rechaza su apelación, el aviso que recibe le indicará si las reglas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará con quién comunicarse y qué hacer luego si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

Sección 9.2 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de fármacos de la Parte D

Esta sección podría ser apropiada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y se han rechazado ambas apelaciones.

Si el valor del fármaco relacionado con la apelación cumple con determinado monto en dólares, podrá pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior, no podrá seguir apelando. En la respuesta escrita que recibe de su Apelación de Nivel 2, se le explicará con quién comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los tres últimos niveles de la apelación funcionan de manera similar. A continuación, se detallan las partes que manejan la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: **Un juez (denominado Juez de Derecho Administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado.** Se ha aprobado lo que se ha solicitado en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del fármaco** aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o deberá realizar el pago antes de los 30 días corridos** después de que recibimos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *podría* finalizar o no.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finalizará.
    - Si no desea aceptar la decisión, podrá continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el aviso que reciba le indicará lo que debe hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones ha finalizado**. Se ha aprobado lo que se ha solicitado en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del fármaco** aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o deberá realizar el pago antes de los 30 días corridos** después de que recibimos la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *podría* finalizar *o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finalizará.
  - Si no desea aceptar la decisión, podrá continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso que recibe le indicará si las reglas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará con quién comunicarse y qué hacer luego si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

PLANTEO DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo plantear una queja relacionada con la calidad de la atención, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes

Si su problema trata sobre las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no se aplica a su caso.* En cambio, debe utilizar el proceso de decisiones y apelaciones de coberturas. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo utilizar el proceso para plantear quejas. El proceso de quejas se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, el tiempo de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. A continuación, presentamos ejemplos de los tipos de problema que se manejan en el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas podrá "plantear una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Usted está insatisfecho con la calidad de la atención recibida (incluso la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre su persona que siente que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio de atención al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien se ha comportado de manera descortés o sin respeto hacia usted? • ¿Está insatisfecho por el tratamiento recibido de Servicios para Miembros? • ¿Cree que se le está incentivando para abandonar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para concertar una consulta o debe esperar demasiado tiempo para recibir un turno? • ¿Ha esperado mucho tiempo a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido demoras con Servicios para Miembros u otro personal del plan? ○ Por ejemplo, esperar mucho tiempo en el teléfono, en la sala de espera, al momento de recibir una receta o en la sala de examen.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio?
Información que recibe de nuestra parte	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso necesario? • ¿Cree que es la información escrita que le hemos proporcionado es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y apelaciones).	El proceso relacionado con el pedido de decisión de cobertura y la presentación de apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, debe utilizar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que no hemos respondido lo suficientemente rápido, también puede plantear una queja relacionada con nuestra tardanza. Por ejemplo: • Si nos ha pedido que tomemos una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida" y nos negamos, podrá plantear una queja. • Si cree que no cumplimos con las fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder a una apelación que ha presentado, podrá plantear una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y nos indican que debemos cubrir o reembolsarle determinados servicios médicos o fármacos, se aplican fechas límites. Si cree que no cumplimos con nuestras fechas límite, podrá plantear una queja. • Cuando no le informamos nuestra decisión a tiempo, debemos emitir su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro de la fecha límite requerida, usted podrá plantear una queja.

Sección 10.2 El nombre formal de "plantear una queja" es "presentar un reclamo"

Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina **"queja"** también se denomina **"reclamo".**
- Otro término para **"plantear una queja"** es **"presentar un reclamo".**
- Otra manera de decir "**usar el proceso para quejas"** es "**usar el proceso para presentar un reclamo".**

Sección 10.3 Paso a paso: PLANTEO DE QUEJAS

Paso 1: Comunicarse con nosotros de inmediato, por teléfono o por escrito.

En general, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros. Si necesita hacer otra cosa, Servicios para Miembros se lo dirá. Se puede comunicar con nosotros al 1-855-969-5882 (TTY/TDD 711) del 1º de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1º de abril al 30 de setiembre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.

- Si no desea llamar (o si llamó y no está satisfecho), puede escribir y enviarnos su queja. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
    - Envíe una carta en la que se describa su queja sobre los **servicios médicos** a:

      Prominence Health Plan
      Atención: Grievance Unit
      P.O. Box 15859
      Tampa, FL 33684-5859

    - O envíe una carta por fax al 1-813-513-7309.

    - Si tiene quejas relacionadas con la Parte D, envíe una carta que describa su queja sobre **Fármacos de la Parte D** a:

      Prominence Health Plan
      Atención: MedImpact
      10181 Scripps Gateway Court
      San Diego, CA 92131

- En su carta, indíquenos su queja, incluso cómo nos podemos comunicar con usted si tenemos preguntas. Incluya la fecha del incidente objeto de la queja y los nombres del plan o del representante del proveedor con el que se ha comunicado, si fuera posible. Después de recibir su carta, le responderemos con una carta de confirmación dentro de los 5 días corridos a partir de la recepción de su queja escrita.

Le informaremos nuestra decisión relacionada con su queja apenas lo requiera su caso en función de su condición de salud, pero antes de los 30 días corridos después de recibir su queja. Podremos extender el plazo hasta 14 días si nos solicita la extensión o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y la demora es conveniente para usted. Puede iniciar una queja que quiere resolver más rápido que una queja estándar. En algunos casos, si está relacionada con la negativa de decisión de cobertura o de apelación acelerada, usted está facultado a solicitar una "queja rápida", que significa que responderemos a su queja dentro de las 24 horas.

- **Si llama o escribe, póngase en contacto con Servicios para Miembros de inmediato.** La queja se debe presentar dentro de los 60 días corridos después de que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.
- **Si presenta una queja porque le rechazamos su solicitud de "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", le daremos automáticamente una "queja rápida".** Si usted tiene una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.

Términos legales
Lo que esta sección denomina **"queja rápida"** también se denomina **"reclamación acelerada".**

Paso 2: Analizamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si fuera posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, podremos darle una respuesta en la misma llamada telefónica. Si debido a su afección médica debemos responder rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en 30 días corridos.** Si necesitamos más información y la demora es conveniente para usted o si solicita más tiempo, podremos tomarnos hasta 14 días corridos más (44 días corridos en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no aceptamos** una parte o la totalidad de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema del que se queja, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestros motivos para esta respuesta. Debemos responder si aceptamos o no la queja.

Sección 10.4 También puede plantear quejas relacionadas con la calidad de la atención de la Organización de Mejora de la Calidad

Usted puede plantear su queja relacionada con la calidad de la atención recibida de nuestra parte mediante el proceso detallado descrito anteriormente.

Cuando su queja se relaciona con la *calidad de la atención*, usted tiene además dos opciones adicionales:

- **Puede plantear la queja ante la Organización de Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede plantear su queja relacionada con la calidad de atención recibida directamente ante esta organización (*sin* hacerlo ante nosotros).
    - La Organización de Mejora de la Calidad es un grupo de médicos profesionales y otros expertos de atención médica financiados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención proporcionada a los pacientes de Medicare.

- Para encontrar el nombre, el domicilio y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si usted plantea una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.

- **O puede plantear su queja ante ambas partes al mismo tiempo.** Si lo desea, puede plantear su queja relacionada con la calidad de la atención ante nosotros y ante la Organización de Mejora de la Calidad.

Sección 10.5 También puede hablar con Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre *Prominence Plus (HMO)* directamente a Medicare. Para ello, visite el sitio web de Medicare, en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas muy en serio y usará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si considera que el plan no trata su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Finalización de su inscripción al plan

Capítulo 10 Finalización de su membresía al plan

SECCIÓN 1 Introducción 249
Sección 1.1 Este capítulo se centra en la finalización de su inscripción a nuestro plan . 249

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su inscripción a nuestro plan? 249
Sección 2.1 Usted puede finalizar su inscripción durante el Período de inscripción anual 249
Sección 2.2 Usted puede finalizar su inscripción durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 250
Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su inscripción durante el Período de inscripción especial 251
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su inscripción? 252

SECCIÓN 3 ¿Cuándo finaliza su inscripción a nuestro plan? 253
Sección 3.1 En general, usted finaliza su inscripción cuando se afilia a otro plan 253

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su inscripción, deberá continuar recibiendo servicios médicos y fármacos por intermedio de nuestro plan 254
Sección 4.1 Hasta que finalice su inscripción, usted continúa siendo miembro de nuestro plan 254

SECCIÓN 5 *Prominence Plus (HMO)* debe finalizar su inscripción del plan en determinadas situaciones 255
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su inscripción al plan? 255
Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud 256
Sección 5.3. Usted tiene derecho a plantear una queja si finalizamos su inscripción en nuestro plan 256

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la finalización de su inscripción a nuestro plan

La finalización de su inscripción en *Prominence Plus (HMO)* puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

- Usted podría abandonar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo.
    - Existen solo determinados momentos durante el año, o determinadas situaciones, en que podría finalizar voluntariamente su inscripción al plan. En la Sección 2, se indica *cuándo* debe finalizar su inscripción al plan.
    - El proceso de finalización voluntaria de su inscripción varía según el tipo de cobertura nueva que elige. En la Sección 3, se indica *cómo* debe finalizar su inscripción en cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las cuales usted no elige abandonar el plan, sino que nosotros lo obligamos a finalizar su inscripción. En la Sección 5, se describen las situaciones en las que debemos finalizar su inscripción.

Si usted abandona el plan, deberá continuar recibiendo atención médica por intermedio del plan hasta que finalice la inscripción.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su inscripción a nuestro plan?

Podrá finalizar su inscripción a nuestro plan solo durante determinadas épocas del año, denominadas períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, también podrá ser elegible para abandonar el plan en otras épocas del año.

Sección 2.1 Usted puede finalizar su inscripción durante el Período de inscripción anual

Usted puede finalizar su inscripción durante el **Período de inscripción anual** (también denominado "Período abierto de inscripción anual"). En esta época, debe revisar su cobertura médica y de salud y tomar una decisión relacionada con su cobertura durante el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Del 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Usted puede optar por mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - otro plan de salud de Medicare (Puede elegir un plan que cubra fármacos recetados o un plan que no cubra fármacos recetados);
    - Medicare Original *con* un plan separado de fármacos recetados de Medicare
    - *o* Medicare Original *sin* un plan separado de fármacos recetados de Medicare.
        - **Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus fármacos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de fármacos recetados de Medicare, Medicare podrá inscribirlo en un plan de fármacos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

    Nota: Si se desafilia de la cobertura de fármacos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de fármacos recetados, es posible que deba pagar una multa por la inscripción tardía de la Parte D si se afilia más adelante a un plan de fármacos de Medicare. (Cobertura "Acreditable" significa la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la cobertura de fármacos recetados estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía, consulte el Capítulo 1, Sección 5.
- **¿Cuándo finalizará mi inscripción?** Su inscripción finalizará cuando comience la cobertura del nuevo plan el 1.º de enero.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su inscripción durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de realizar *un* cambio de su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Ocurre todos los años del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted podrá hacer lo siguiente:
    - Cambiar a otro Plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o un plan que no cubra medicamentos recetados);
    - Desafiliarse de nuestro plan y obtener cobertura por intermedio de Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original durante este período, tiene tiempo hasta el 31 de marzo para unirse a un plan separado de fármacos recetados de Medicare para sumar cobertura de fármacos.

- **¿Cuándo finalizará mi membresía?** Su inscripción finalizará el primer día del mes después de que se inscribe en un plan de Medicare Advantage diferente o cuando recibimos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si además elige inscribirse a un plan de fármacos recetados de Medicare, su inscripción en el plan de fármacos comenzará el primer día del mes después de que el plan de fármacos obtenga su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su inscripción durante el Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de *Prominence Plus (HMO)* podrían ser elegibles para finalizar su inscripción en otras épocas del año. Se lo denomina **Período de inscripción especial.**

- **¿Quién es elegible para acceder al Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted podría ser elegible para finalizar su inscripción durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, comuníquese con el plan, llame a Medicare o visite el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - en general, cuando se ha mudado;
  - si tiene Medicaid;
  - si usted es elegible para obtener "Ayuda Adicional" con el pago de sus fármacos recetados de Medicare;
  - si incumplimos el contrato con usted;
  - si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés);
  - si usted se inscribe en el Programa de Cuidado Inclusivo para Adultos Mayores (PACE).
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para determinar si es elegible para acceder al Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para finalizar su inscripción debido a una situación especial, podrá optar por cambiar su cobertura médica de Medicare y la cobertura de fármacos recetados. Eso significa que usted puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - otro plan de salud de Medicare (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o un plan que no cubra medicamentos recetados);
  - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare

- *o* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
  - **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare podrá inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

  Nota: Si se desafilia de la cobertura de fármacos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de fármacos recetados durante un período continuo de más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por la inscripción tardía de la Parte D si se afilia más adelante a un plan de fármacos de Medicare. (Cobertura "Acreditable" significa la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía, consulte el Capítulo 1, Sección 5.

- **¿Cuándo finalizará mi membresía?** Su inscripción generalmente finalizará el primer día del mes después de recibir su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su inscripción?

Si tiene preguntas o quisiera obtener más información sobre cuándo puede finalizar su inscripción:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Podrá encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2019***.
  - Cada otoño, todos los pacientes de Medicare reciben una copia de la publicación *Medicare & You.* Las personas nuevas en Medicare reciben su copia un mes después de su primera inscripción.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien puede ordenar una copia impresa si llama a Medicare al número a continuación.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cuándo finaliza su inscripción a nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted finaliza su inscripción cuando se afilia a otro plan

En general, para finalizar su inscripción a nuestro plan, simplemente inscríbase a otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiar de nuestro plan a Medicare Original *sin* un plan de fármacos recetados de Medicare, deberá solicitar la desinscripción de nuestro plan. Puede solicitar la desinscripción de dos maneras:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Si desea obtener más información para hacer esto, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto),
- *o* puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si se desinscribe de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período continuo de más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por la inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "Acreditable" significa la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía, consulte el Capítulo 1, Sección 5.

En la tabla a continuación, se explica cómo debe finalizar su inscripción a nuestro plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
• otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Se desafiliará automáticamente de *Prominence Plus (HMO)* cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de fármacos recetados de Medicare. Se desinscribirá automáticamente de *Prominence Plus (HMO)* cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si quiere cambiar de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
• Medicare Original *sin* un plan separado de fármacos recetados de Medicare. ○ **Nota:** Si se desafilia del plan de fármacos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura acreditable de fármacos recetados, es posible que deba pagar una multa por la inscripción tardía de la Parte D si se afilia más adelante a un plan de fármacos de Medicare. Para obtener más información sobre la sanción por inscripción tardía, consulte el Capítulo 1, Sección 5.	• **Envíenos una solicitud de desafiliación por escrito.** Si desea obtener más información para hacer esto, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto), • También se puede comunicar con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para solicitar su desinscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se desafiliará de *Prominence Plus (HMO)* cuando comience la cobertura en Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su inscripción, deberá continuar recibiendo servicios médicos y fármacos por intermedio de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su inscripción, usted continúa siendo miembro de nuestro plan

Si abandona *Prominence Plus (HMO)*, podría tomar algún tiempo antes de que finalice su inscripción y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, deberá continuar recibiendo atención médica y fármacos recetados por intermedio de nuestro plan.

- **Deberá continuar utilizando nuestras farmacias de la red para que se surtan sus recetas hasta que finalice su inscripción a nuestro plan.** En general, sus fármacos recetados solo están cubiertos si se surten en una farmacia de la red, incluso a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si usted está hospitalizado el día en que finaliza su inscripción, en general su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta el momento del alta** (incluso si recibe el alta después de que comience nuestra cobertura médica).

SECCIÓN 5 *Prominence Plus (HMO)* debe finalizar su inscripción del plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su inscripción al plan?

Prominence Plus (HMO) **debe finalizar su inscripción al plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

- si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B;
- si se muda de nuestra área de servicios;
- si se encuentra fuera de nuestra área de servicios durante más de seis meses;
    - si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios para Miembros para determinar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra dentro de nuestra área del plan; (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- si va a la cárcel (va a prisión).
- si no es ciudadano de Estados Unidos o no es un residente legal de los Estados Unidos;
- si miente o retiene información relacionada con otro seguro que tiene, que brinda cobertura de fármacos recetados;
- si intencionalmente nos proporciona información incorrecta acerca del momento en que se afilia a nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare);
- si se comporta continuamente de manera incorrecta y dificulta la prestación de servicios médicos para usted y otros miembros de nuestro plan; (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare);
- si permite que otra persona utilice su tarjeta de inscripción para obtener atención médica; (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos permiso de Medicare);
    - Si finalizamos su inscripción por este motivo, Medicare podrá hacer investigar su caso por el Inspector General.
- Si usted debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare lo desafiliará de nuestro plan y perderá la cobertura de fármacos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o quisiera obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su inscripción:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros** para solicitar más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

Prominence Plus (HMO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer en ese caso?

Si cree que se le pide que abandone nuestro plan debido a un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3. Usted tiene derecho a plantear una queja si finalizamos su inscripción en nuestro plan

Si finalizamos su inscripción a nuestro plan, debemos informarle nuestros motivos por escrito. También debemos explicar cómo presentar una reclamación o plantear una queja relacionada con nuestra decisión de finalizar su cobertura. Consulte el Capítulo 9, Sección 10, para obtener información sobre cómo plantear una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 259

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 259

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación en el pagador secundario de Medicare 259

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

Se aplican diversas leyes a esta *Evidencia de Cobertura* y se pueden aplicar algunas disposiciones adicionales en virtud de la ley. Ello podría afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las disposiciones creadas conforme a la Ley de Seguro Social y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y, en ciertos casos, las leyes del estado en donde vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, condición de salud, experiencia en reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que proporcionan planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales en contra de la discriminación, incluso el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, el Artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen financiación federal y otras leyes y reglas que se aplican por cualquier otro motivo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación en el pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. Según las disposiciones de CMS incluidas en los artículos 422.108 y 423.462 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), *Prominence Plus (HMO)*, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario conforme a los reglamentos de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del Código de Regulaciones Federales, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

Sección 3.1 La discriminación está prohibida por la Ley

La discriminación está prohibida por la Ley

Prominence Health Plan cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Prominence Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Prominence Health Plan:

- brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas que no pueden comunicarse eficazmente con nosotros, como los siguientes:
    - intérpretes de lenguaje de señas calificados
    - información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- brinda servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
    - intérpretes calificados
    - información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros. Si considera que Prominence Health Plan no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante a: Member Services, 1510 Meadow Wood Lane, Reno, NV 89502, 855-969-5882, TTY/TDD: 711, o por fax al 775-770-9360. Puede presentar una queja en persona, por correo o por fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia

lingüística. Llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng

tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-969-5882 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.

Gọi số 1-855-969-5882 (TTY 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。
請致電 1-855-969-5882 (TTY 711).

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente para prestar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios a pacientes que no necesitan hospitalización y cuya permanencia en el centro no supera las 24 horas.

Período de inscripción anual: momento determinado en cada otoño en el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de fármacos o pueden cambiar a Medicare Original. El Período de inscripción anual se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación: una apelación es una medida que toma si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o fármacos recetados o el pago de servicios o fármacos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que usted está recibiendo. Por ejemplo, podrá pedir una apelación si no pagamos un fármaco, un artículo o un servicio que usted cree que debe poder recibir. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluso el proceso para presentar una apelación.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente un monto superior al monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de *Prominence Plus (HMO)*, usted solo tiene que pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores realizar una "facturación del saldo" ni cobrarle más que el monto del costo compartido que su plan le indica pagar.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Medicare Original mide el uso de los servicios del centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día que usted ingresa a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa a un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite a la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: fármaco recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el fármaco. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del fármaco. Sin embargo, los fármacos genéricos fabricados y vendidos por otros fabricantes de fármacos y generalmente no disponibles hasta después de que vence la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura catastrófica: etapa del Beneficio de medicamentos de Parte D en la que paga un bajo copago o coseguro por sus fármacos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre han gastado $5,100 en fármacos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo comunicarse con CMS.

Coseguro: monto que podría estar obligado a pagar como su parte del costo de los servicios o fármacos recetados. En general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Queja: el nombre formal de "plantear una queja" es "presentar un reclamo". El proceso de quejas se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, el tiempo de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. Consulte además "Reclamo" en esta lista de definiciones.

Centro Integral de Rehabilitación de Pacientes Ambulatorios (CORF): centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios, incluidos fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla-lenguaje y servicios evaluación en el entorno del hogar.

Copago: monto que se le podría exigir que pague como su parte del costo de un servicio médico o suministro, como visita al médico, visita al hospital como paciente ambulatorio o fármaco recetado. Un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar $10 o $20 por una visita al médico o un fármaco recetado.

Costo compartido: costo compartido se refiere a los montos que debe pagar un miembro al momento de recibir fármacos o servicios. El término costo compartido incluye cualquier combinación de uno de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que podría imponer el plan antes de cubrir los servicios o los fármacos; (2) cualquier monto de "copago" fijo que requiere el plan cuando se recibe un servicio o un fármaco específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total abonado por un servicio o un fármaco, que un plan necesita al momento de recibir un servicio o un fármaco específico. Se podrá aplicar una "tarifa diaria de costo compartido" cuando su médico le recete menos de un mes completo de suministro de determinados fármacos para usted y usted deba abonar un copago.

Nivel de costo compartido: cada fármaco ubicado en la lista de fármacos cubiertos se encuentra en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, a mayor nivel de costo compartido, mayor será el costo del fármaco.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un fármaco recetado por usted está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por la receta. En general, si usted trae la receta a la farmacia y en la farmacia le dicen que la receta no está cubierta por su plan, ese es un caso de determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal relacionada con la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Fármacos Cubiertos: término que utilizamos para hacer referencia a todos los fármacos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios Cubiertos: el término general que utilizamos para hacer referencia a todos los servicios de atención médica y los suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de fármacos recetados: cobertura de fármacos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos la cantidad de cobertura estándar de fármacos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare en general mantienen esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en una cobertura de fármacos recetados de Medicare más adelante.

Atención de custodia: la atención de custodia es la atención personal que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos o un centro donde no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia es la atención personal que puede ser proporcionada por las personas que no tienen habilidades ni capacitación profesional, como ayuda con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, comer, entrar o salir de una cama o una silla, desplazarse e ir al baño. Además, puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de las personas hacen solas, como aplicarse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tarifa diaria de costo compartido: se podrá aplicar una "tarifa diaria de costo compartido" cuando su médico le recete menos de un mes completo de suministro de determinados fármacos para usted y usted deba abonar un copago. Una tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días en un suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago de un suministro de un mes de un fármaco es de $30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tarifa diaria de costo compartido" es $1 por día. Significa que usted paga $1 por el suministro de cada día cuando surte su receta.

Deducible: el monto que usted debe pagar por la atención médica o las recetas antes de que el plan comience a pagar.

Desafiliar o **Desafiliación**: proceso que implica finalizar su inscripción al plan. La desafiliación puede ser voluntaria (su elección) o involuntar**ia** (no es su elección).

Tarifa de surtido: tarifa que se cobra cada vez que se surte un fármaco cubierto para pagar el costo de surtir una receta. La tarifa de surtido cubre costos tales como el tiempo que le tomó a farmacéutico preparar y empacar el fármaco recetado.

Equipo Médico Duradero (DME): determinados equipos médicos ordenados por su médico por motivos médicos. Por ejemplo, andadores ortopédicos, silla de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión I.V., dispositivos de generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso doméstico.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina consideran que tiene síntomas que requieren atención médica de inmediato para evitar perder la vida o perder un miembro o la función de este. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: los servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, adjunto u otra cobertura opcional seleccionada en el que se explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro al plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura la cual, si se aprueba, le permitirá obtener el fármaco que no se encuentra en el formulario del patrocinador de su plan (excepción al formulario) u obtener un fármaco no preferido a un menor nivel de costo compartido (excepción de niveles). También puede solicitar una excepción si su patrocinador del plan le exige probar otro fármaco antes de recibir el que está solicitando o el plan limita la cantidad de la dosis del fármaco que está solicitando (excepción al formulario).

Ayuda Adicional: programa de Medicare diseñado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de un programa de fármacos recetados de Medicare, tales como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) por tener el mismo principio activo que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona de la misma forma que un medicamento de marca y normalmente cuesta menos.

Reclamo: un tipo de queja que usted plantea acerca de nosotros o las farmacias, incluso una queja relacionada con la calidad de la atención. Este tipo de queja no implica disputas de cobertura o pago.

Ayuda de atención médica a domicilio: ayuda de atención médica a domicilio que presta servicios que no necesitan de las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). En la ayuda de atención médica a domicilio, no es necesario tener una licencia de enfermería ni proporcionar terapia.

Centro de cuidados paliativos: aquel miembro al que le queden menos de 6 meses de vida tiene el derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos dentro de su área geográfica. Si usted elige un centro de cuidados paliativos y continúa con el pago de las primas, continuará siendo miembro de nuestro plan. Aún podrá obtener los servicios médicamente necesarios y los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos proporcionará un tratamiento especial según su estado.

Hospitalización: período en el cual ha ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, puede que se lo siga considerando un paciente "ambulatorio".

Monto de ajuste mensual acorde con su ingreso (IRMAA): si su ingreso supera un determinado límite, usted pagará un monto de ajuste mensual acorde con su ingreso además de la prima de su plan. Por ejemplo, las personas con ingresos superiores a $85,000 y las parejas casadas con ingresos superiores a $170,000 deben pagar un monto de prima de cobertura de fármacos recetados de Medicare y Medicare Parte B (seguro médico). Este monto adicional se denomina monto de ajuste mensual acorde con su ingreso. Afecta a menos del 5% de las personas con Medicare; por lo tanto, la mayoría no pagará una prima mayor.

Límite de cobertura inicial: límite máximo de cobertura conforme a la etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa antes de que los costos totales de fármacos que ha abonado y lo que su plan ha pagado en su nombre durante el año alcancen $3,820.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período en el cual se puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Por ejemplo, si no es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial será el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes que cumple 65 años e incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes de dicho cumpleaños.

Lista de fármacos recetados *(Formulario 2019 (Lista de fármacos cubiertos*) **o "Lista de fármacos")**: lista de fármacos recetados cubiertos por el plan. Los fármacos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda Adicional".

Monto máximo de gastos de bolsillo: lo máximo que debe pagar de su bolsillo durante el año calendario correspondiente a los servicios cubiertos de Parte A y Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de Medicare Parte A y Parte B no se cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1, 1.1, para obtener información sobre el monto máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia médica): programa federal y estatal conjunto que le ayuda con los gastos médicos de algunas personas bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían según cada estado, pero la mayoría de los gastos de atención médica están cubiertos si usted califica para Medicare y Medicaid. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 6.

Indicación médicamente aceptada: consumo de un fármaco aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos o respaldada por determinados libros de referencia. Para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5, Sección 3.

Médicamente necesario: servicios, suministros o fármacos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplan con los estándares de práctica médica aceptados.

Medicare: programa de seguro médico federal para las personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (en general, aquellas personas con falla renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o un Medicare Cost Plan, un plan PACE o Medicare Advantage Plan.

Período de desafiliación de Medicare Advantage: momento específico del año en el cual los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar la inscripción al plan y cambiar a Medicare Original. El Período de desafiliación de Medicare Advantage está comprendido entre el 1.º de enero y el 14 de febrero de 2019.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: momento específico del año en el que los miembros a un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiar a Medicare Original o realizar cambios de la cobertura de Parte D. El Período de inscripción abierta está comprendido entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2019.

Plan Medicare Advantage (MA): en ocasiones denominado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que permite contratar con Medicare para proporcionar todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. El plan Medicare Advantage puede ser un plan HMO, PPO, un plan privado de tarifa por servicio (PFFS) o un plan Medicare Medical Savings Account (MSA). Cuando usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare está cubiertos por intermedio del plan y no son pagados por Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de fármacos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas aquellas personas que tienen Medicare Parte A y Parte B son elegibles para unirse a cualquier plan de salud de Medicare ofrecido en su área, excepto personas con enfermedad renal en etapa terminal (salvo que se apliquen determinadas excepciones).

Plan Medicare Cost: el plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) conforme al contrato de reembolso de gastos conforme al artículo 1876(h) de la Ley.

Programa de descuentos durante la etapa sin cobertura de Medicare: programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que han alcanzado la etapa de brecha de cobertura o quienes no reciben “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos suscritos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de fármacos. Por este motivo, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuento.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B.

Plan de salud de Medicare: el plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que suscribe un contrato con Medicare para ofrecer beneficios de la Parte A y Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término comprende todos los planes Medicare Advantage, Medicare Cost, programas piloto/de demostración y Programas de Cuidado Inclusivo para Adultos Mayores (PACE).

Cobertura de fármacos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro que lo ayuda a pagar los fármacos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza de "Medigap" (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar las "brechas" de Medicare Original. Las pólizas de Medigap solo operan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o "Miembro al Plan"): persona de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha miembro a nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: departamento dentro de nuestro plan responsable por responder sus preguntas relacionadas con su inscripción, beneficios, quejas y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con Servicios para Miembros, consulte el Capítulo 2.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de fármacos recetados. Las denominamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas estarán cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general que utilizamos para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y el Estado para prestar servicios de atención médica. Los denominamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un acuerdo con nuestro plan de aceptar el pago como pago completo y, en algunos casos, de coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros a nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los acuerdos que tenga con los proveedores o si los proveedores acuerdan proporcionarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Beneficios complementarios opcionales: beneficios cubiertos que no pertenecen a Medicare que se pueden comprar por una prima adicional y no están incluidos en su paquete de beneficios. Si opta por tener beneficios complementarios opcionales, es posible que tenga que pagar una prima adicional. Para poder recibir los Beneficios complementarios opcionales, debe elegirlos voluntariamente. *(Para obtener más información, consulte la Sección 4.1. ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?).*

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando toma una decisión acerca de si están cubiertos determinados artículos o servicios o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicare Original ("Medicare Tradicional" o Medicare de "Tarifa por servicio"): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de fármacos recetados. En Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros pagos a proveedores de atención médica establecidos por el Congreso. Usted podrá consultar a cualquier médico, dirigirse a cualquier hospital o consultar a cualquier otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Deberá pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en cualquier parte de Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar fármacos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Tal como se explica en esta Evidencia de Cobertura, la mayoría de los fármacos que obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedor o centro con el cual no hemos acordado coordinar o prestar servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad de nuestro plan ni administrado por este ni se encuentran bajo contrato para prestarle servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en este folleto en el Capítulo 3.

Costos de bolsillo: consulte la definición de "costo compartido" más arriba. El requisito de costo compartido del miembro para pagar una parte de los servicios o fármacos recibidos también se denomina requisito de costo "de bolsillo" del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Cuidado Inclusivo para Adultos Mayores) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC) para personas débiles a fin de ayudarlas a ser independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos), mientras reciben la atención de gran calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para facilidad de referencia, haremos referencia al programa de beneficios de fármacos recetados como Parte D).

Fármacos de Parte D: fármacos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podremos o no ofrecer todos los fármacos de Parte D. (Para obtener una lista específica de fármacos cubiertos, consulte su formulario). El Congreso excluyó determinadas categorías de fármacos de la cobertura de fármacos de Parte D.

Multa por inscripción tardía de Parte D: monto sumado a su prima mensual por la cobertura de fármacos de Medicare si usted no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera pagar, en promedio, al menos de la misma manera que la cobertura de fármacos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más elevado en tanto y cuanto tenga un plan de fármacos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de fármacos recetados, usted no abonará una sanción por inscripción tardía.

Prima: pago periódico efectuado a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica o cobertura de fármacos recetados.

Médico de atención primaria (PCP): su médico de atención primaria es el médico u otro proveedor que ve primero para la mayoría de los problemas de salud. Esta persona se asegura de que usted reciba la atención que necesita para estar saludable. Esta persona podrá hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y proporcionar una derivación con ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Para obtener más información sobre los proveedores de atención primaria, consulte el Capítulo 3, Sección 2.1.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir los servicios o determinados fármacos que podrían o no estar incluidos en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red solo están cubiertos si su médico o cualquier otro proveedor de la red recibe una "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el cuadro de beneficios en el Capítulo 4. Algunos fármacos solo están cubiertos si su médico o cualquier otro proveedor de la red recibe una "autorización previa" de nuestra parte. Los fármacos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y ortopedia: son los dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, por ejemplo, cabestrillos, órtesis lumbar, collarín, miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna del cuerpo o función corporal, incluidos los suministros de ostomía y terapia de nutrición parenteral y enteral.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos profesionales y otros expertos de atención médica financiados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención proporcionada a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4.

Límites de cantidad: herramienta de administración diseñada para limitar el consumo de determinados fármacos con fines de calidad, seguridad o consumo. Los límites pueden comprender la cantidad del fármaco que cubrimos por receta o durante un período de tiempo definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicios: área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la inscripción en función del lugar donde viven. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, generalmente se limita al área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). El plan podrá desafiliarlo si usted se muda fuera del área de servicios del plan de manera permanente.

Atención del centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención y rehabilitación de enfermería especializada prestados de manera continua, diaria, en un centro de enfermería especializada. Entre los ejemplos de atención en el centro de enfermería especializada, podemos citar fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un médico o un miembro del personal de enfermería registrado.

Período de inscripción especial: momento determinado en el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de fármacos o pueden cambiar a Medicare Original. Las situaciones en las cuales usted podría ser elegible para acceder a un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicios, si recibe "Ayuda Adicional" con los costos de sus fármacos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: tipo especial de plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más centrada para grupos de personas específicos, tales como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que padecen determinadas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de utilización donde primero tiene que probar otro fármaco para tratar su afección médica antes de que podamos cubrir el fármaco que su médico le recetó inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio anual pagado por el seguro social para las personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitados, ciegos, o tienen más de 65 años. Los beneficios de SSI no son iguales a los beneficios de seguro social.

Servicios necesitados con urgencia: los servicios necesitados con urgencia se proporcionan para tratar una enfermedad médica imprevista, una lesión o una afección no de emergencia que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos.

Servicios para Miembros de *Prominence Plus (HMO)*

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME A	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m a 8:00 p. m, los siete días de la semana desde el 1.° de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes de viernes de 8:00 a. m a 8:00 p. m desde el 1.° de abril hasta el 30 de septiembre. Los Servicios para Miembros también tienen servicios de intérpretes de idiomas disponible para quienes no hablan inglés.
TTY/TDD	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m a 8:00 p. m, los siete días de la semana desde el 1.° de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes de viernes de 8:00 a. m a 8:00 p. m desde el 1.° de abril hasta el 30 de septiembre.
Fax	1-813-513-7301
ESCRIBA A	Prominence Health Plan PO Box 15859 Tampa, FL 33684-5859
SITIO WEB	http://prominencemedicare.com

Programa de Defensa y Asesoramiento sobre la Información de Salud de Texas (SHIP): es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros locales de salud a las personas que tienen Medicare.

Método	**División de Servicios para Adultos Mayores y Discapacidad**: **Información de contacto**
LLAME A	1-800-252- 9240 Las llamadas a este número son gratuitas
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo de telefonía especial y solo se utiliza para personas con dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	P.O. Box 149104 Austin, TX 78714
SITIO WEB	http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap

Declaración de divulgación de PRA *Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que contenga un número válido de control de OMB. El número válido de control de OMB para la 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.*

Prominence®
Health Plan

ProminenceMedicare.com

182592_STX_SP_7/18