Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Los servicios y beneficios de salud que ofrece Medicare junto con la cobertura de medicamentos recetados como miembro de Prominence Extra Help HMO en el Sur de Texas.

Este documento proporciona los detalles sobre la cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare a partir del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene alguna pregunta acerca de este documento, comuníquese con Servicios para miembros al 1-855-969-5882 con la finalidad de obtener información adicional. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El 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. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Prominence Extra Help HMO, es proporcionado por Prominence Health Plan. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se mencione "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Prominence Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Prominence Extra Help HMO).

Este documento está disponible en español sin costo alguno. También puede recibir este documento en formato braille, letra grande o CD de audio.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario. Le notificaremos a los miembros afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Asimismo, le servirá para comprender información relacionada con:

- la prima y los costos compartidos del plan;
- sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita ayuda adicional; y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Aprobado por la OMB 0938-1051 (Vence: 31 de agosto de 2026)

Evidencia de cobertura 2025

Índice

CAPÍTULO 1: *Aspectos básicos para el miembro*.....5

SECCIÓN 1 Introducción 6

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan? 7

SECCIÓN 3 Materiales de afiliación importantes que recibirá 8

SECCIÓN 4 Los costos mensuales correspondientes a *Prominence Extra Help HMO* 10

SECCIÓN 5 Información adicional sobre su prima mensual 13

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de afiliación al plan 14

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 14

CAPÍTULO 2: *Números telefónicos y recursos importantes*.....16

SECCIÓN 1 Información de contacto de *Prominence Extra Help HMO* (cómo comunicarse con nosotros, que incluye cómo comunicarse con Servicios para miembros)..17

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 20

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a las preguntas acerca de Medicare).....22

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....23

SECCIÓN 5 Seguro Social 24

SECCIÓN 6 Medicaid 25

SECCIÓN 7 Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados.....26

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios 30

SECCIÓN 9 ¿Cuenta con seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador? 30

CAPÍTULO 3: *Cómo usar el plan para sus servicios de atención médica* 32

SECCIÓN 1 Información que debe saber acerca de cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan.....33

SECCIÓN 2 Utilice a los proveedores dentro de la red del plan para recibir atención médica 35

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando necesita atención de emergencia o servicios de urgencia o durante un desastre 39

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos? 42

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 43

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención médica en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud 45

SECCIÓN 7 Reglas para la tenencia de equipos médicos duraderos 46

CAPÍTULO 4: *Tablas de beneficios médicos (servicios cubiertos y el monto que usted debe pagar)* 49

SECCIÓN 1 Cómo comprender los gastos de bolsillo por el pago de servicios cubiertos ...50

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar cuáles son los servicios cubiertos y cuánto tendrá que pagar 52

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 94

CAPÍTULO 5: *Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D* 99

SECCIÓN 1 Introducción 100

SECCIÓN 2 Cómo surtir la receta en una farmacia de la red o a través del sistema de servicio de pedido por correo del plan 100

SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de medicamentos" del plan 104

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 106

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que se cubriera? 107

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para uno de sus medicamentos? 110

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* tienen cobertura del plan? 113

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 115

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 115

SECCIÓN 10 Programas sobre la farmacovigilancia y el manejo de medicamentos 117

CAPÍTULO 6: *El monto que paga por los medicamentos recetados de la Parte D* 120

SECCIÓN 1 Introducción121

SECCIÓN 2 El monto que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago por medicamentos" en la que se encuentra al momento de obtenerlo 124

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra 124

SECCIÓN 4 En la Etapa de deducible, pagará el costo total de los medicamentos 126

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte 127

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofes, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D....132

SECCIÓN 7 Información sobre beneficios adicionales....132

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde reciba las vacunas....133

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos* 135

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus medicamentos o servicios cubiertos....136

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que usted haya recibido....138

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o denegaremos 139

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 140

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan....141

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan....146

CAPÍTULO 9: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos)* 149

SECCIÓN 1 Introducción 150

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 150

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para resolver su problema? 151

SECCIÓN 4 Guía básica sobre las decisiones de cobertura y apelaciones....152

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura....155

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....163

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización prolongada si usted considera que le han dado el alta antes de tiempo 174

SECCIÓN 8 Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza antes de tiempo 179

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 o niveles posteriores 183

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes 186

CAPÍTULO 10: *Cómo finalizar su afiliación al plan* 190

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su afiliación a nuestro plan 191

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan? 191

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su afiliación al plan? 193

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su afiliación, usted deberá seguir recibiendo medicamentos, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan 194

SECCIÓN 5 Prominence Extra Help HMO debe finalizar su afiliación al plan en determinadas situaciones 195

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 197

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes aplicables 198

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 198

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 200

CAPÍTULO 12: *Definiciones de términos importantes* 201

CAPÍTULO 1:
Aspectos básicos para el miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en *Prominence Extra Help HMO*, que es una HMO de Medicare

Usted cuenta con cobertura de Medicare y ha elegido recibir la atención médica y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan *Prominence Extra Help HMO*. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes a los del plan Original Medicare.

Prominence Extra Help HMO es un plan HMO de Medicare Advantage (la sigla HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud). Este plan está aprobado por Medicare y es administrado por una compañía privada.

La cobertura conforme a este plan se considera Cobertura médica calificada (qualifying health coverage, QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida de la persona que la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) exige. Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2 ¿De qué trata el documento *Evidencia de cobertura*?

La *Evidencia de cobertura* le explica cómo recibir atención médica y obtener los medicamentos recetados. También le explica sus derechos y responsabilidades, los servicios cubiertos, cuánto paga como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención médica, los servicios y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de *Prominence Extra Help HMO*.

Es importante que comprenda el reglamento del plan y los servicios que están a su disposición. Lo alentamos a que se tome un tiempo para revisar este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

La *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *Prominence Extra Help HMO* cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, *la Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afectan dicha cobertura. A veces, estos avisos son llamados *"cláusulas adicionales"* o *"enmiendas*".

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en *Prominence Extra Help HMO* entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite implementar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que, después del 31 de diciembre de 2025, podremos modificar los costos y beneficios de *Prominence Extra Help HMO*. Asimismo, después del 31 de diciembre de 2025, podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio.

Cada año, Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deberá aprobar *Prominence Extra Help HMO*. Puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan cada año, siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare lo apruebe nuevamente.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse al plan siempre que:

- Cuente con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- --*Y*-- viva en nuestra área geográfica de servicio. En la sección 2.2 a continuación se describe nuestra área de servicio. No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- Y -- sea un ciudadano de los Estados Unidos o cuente con una residencia legal dentro de los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para *Prominence Extra Help HMO*

Prominence Extra Help HMO está disponible únicamente para las personas que residan en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo un miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio de este. A continuación, se describe dicha área.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Texas: Brooks, Cameron, Hidalgo, Jim Hogg, Starr, Webb, Willacy y Zapata.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, usted no podrá seguir siendo un miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para miembros para consultar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, gozará de un Período especial de inscripción en el que podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva área.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social se encuentran en la sección 5 del capítulo 2.

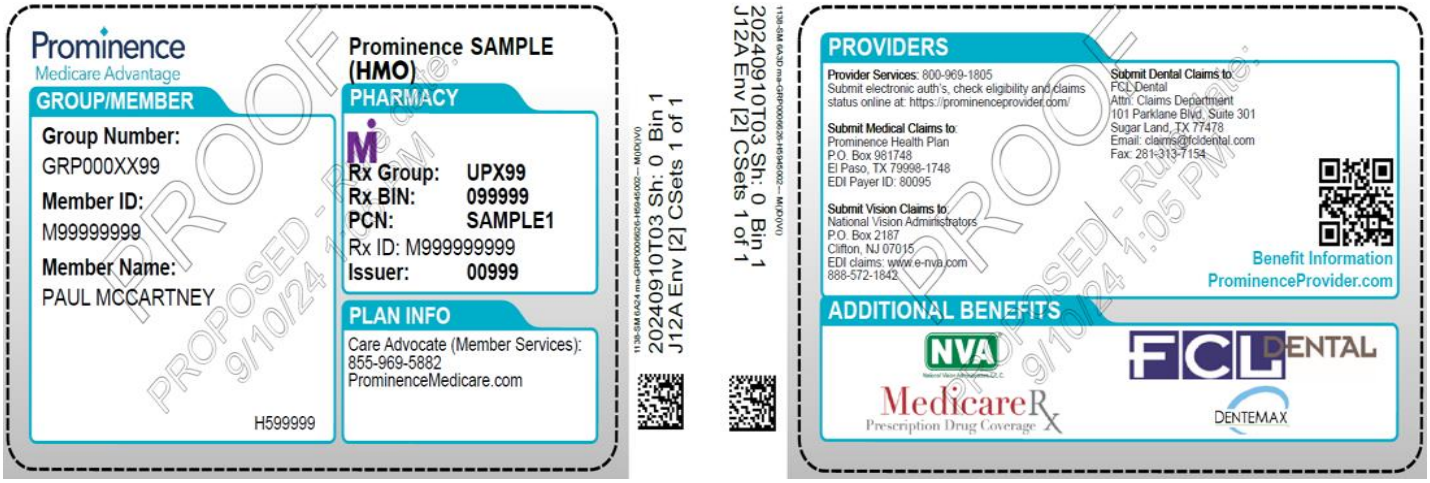
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o con residencia legal en los Estados Unidos

El miembro de un plan de salud de Medicare deberá contar con la ciudadanía estadounidense o ser un residente legal en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a *Prominence Extra Help HMO* si usted no es elegible para seguir siendo un miembro por este motivo. *Prominence Extra Help HMO* debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales de afiliación importantes que recibirá

Sección 3.1 La tarjeta de afiliación del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá usar su tarjeta de afiliación cada vez que reciba los servicios cubiertos por este plan y los medicamentos con receta en las farmacias de la red. Recuerde que debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. A continuación, incluimos un modelo de tarjeta de afiliación con el fin de que conozca cuáles son sus características:



NO use la tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para acceder a servicios médicos cubiertos, mientras sea un miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de afiliación a *Prominence Extra Help HMO*, es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Conserve la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si

participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados estudios clínicos.

Si su tarjeta de afiliación del plan se daña, se pierde o es robada, llame a Servicios para miembros de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye los proveedores que actualmente forman parte de la red www.prominencemedicare.com. **Los proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para recibir su atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar el monto total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia si la atención no está disponible a través de la red (es decir, en situaciones en que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que *Prominence Extra Help HMO* autorice el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores también se encuentra disponible en nuestro sitio web www.prominencemedicare.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una (en formato digital o impreso) a Servicios para miembros. Los *Directorios de proveedores y farmacias* impresos que solicite se le enviarán por correo postal dentro de tres días hábiles.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos del plan *(formulario)*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. A esta lista la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar. Dicha lista indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en *Prominence Extra Help HMO*. El plan ha seleccionado los medicamentos de esta lista con la colaboración de un equipo conformado por médicos y farmacéuticos. Esta lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos de Prominence Extra Help HMO*.

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Esta lista incluirá información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. No obstante, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos que le proporcionamos. Si uno de sus medicamentos no está en la "Lista de medicamentos", visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicios para miembros para

verificar su cobertura. Si desea obtener la información más completa y actualizada acerca de los medicamentos que están cubiertos, visite el sitio web del plan www.prominencemedicare.com o llame a Servicios para miembros.

SECCIÓN 4 Los costos mensuales correspondientes a *Prominence Extra Help HMO*

Sus costos incluyen los siguientes:

- Prima del plan (sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (sección 4.2)
- Prima de beneficios complementarios opcionales (sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (sección 4.4)
- Monto del ajuste mensual según los ingresos (sección 4.5)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a sus medicamentos. Dichos programas incluyen "Extra Help" y los programas estatales de asistencia farmacéutica. *O* El programa "Extra Help" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. La sección 7 del capítulo 2 le brinda más información sobre estos programas. Si cumple los requisitos, puede reducir la prima mensual de su plan al inscribirse en este programa.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta *Evidencia de cobertura* no aplique para usted**. Es posible que le hayamos enviado un encarte separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben "Ayuda Adicional" para pagar medicamentos recetados* (que también se conoce como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Anexo de LIS*), que le explica sobre su cobertura de medicamentos. Si no cuenta con este material, llame a Servicios para miembros y solicite el *Anexo de LIS*.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para aquellas personas que tienen ingresos diferentes. Si tiene preguntas acerca de estas primas, consulte la sección Costos de Medicare para el 2025 *incluida en su copia del manual Medicare y Usted 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). También puede pedir una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado si tiene Prominence Extra Help HMO.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros están obligados a pagar otras primas de Medicare

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo un miembro del plan. Si bien esto incluye la prima de la Parte B, puede incluir también la prima de la Parte A, que afecta a los miembros que no resultan elegibles para la Parte A que no requiere una prima.

Sección 4.3 Prima de beneficios complementarios opcionales

Si se inscribió para obtener beneficios adicionales, también denominados *beneficios complementarios opcionales*, debe pagar una prima adicional cada mes para acceder a estos beneficios. Consulte la sección 2.2 del capítulo 4 para obtener más detalles.

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. Dicha multa es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si después de que termine el Período de inscripción inicial se produce un período de 63 días consecutivos o más sin contar con la Parte D ni con otra cobertura acreditable para medicamentos recetados. La cobertura acreditable para medicamentos recetados es una cobertura que cumple los estándares mínimos de Medicare, dado que se espera pagar, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos recetados. Esto significa que tendrá que pagar dicha multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Prominence Extra Help HMO, le notificamos el monto de la multa. Si no paga dicha multa, perdería sus beneficios de medicamentos recetados.

No tendrá que pagarla en las siguientes situaciones:

- Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los medicamentos recetados.
- Si estuvo menos de 63 días consecutivos sin una cobertura acreditable.
- Si ha tenido una cobertura acreditable para medicamentos por medio de otra fuente, como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de la Salud para Veteranos (Veterans Health Administration, VA). La compañía de seguros de salud o el Departamento de Recursos Humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos se considera acreditable. Esta información la recibirá mediante una carta o un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se afilia a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** En todos los avisos se debe especificar que usted tenía una cobertura acreditable para medicamentos recetados que debía pagar lo mismo que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.

- **Nota:** Las siguientes no son coberturas acreditables para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuento para medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Se determina de la siguiente manera:

- Si estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos recetados por un plazo de 63 días o más, después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos en los que usted no tuvo cobertura. La multa será del 1 % por cada mes que usted no dispuso de una cobertura acreditable. Por ejemplo, si transcurren 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Después, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país, correspondientes al año anterior. Para el 2025, el monto de la prima promedio es de $36.78.
- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y, luego, redondéelo a la décima más cercana. En este ejemplo, sería el 14 % de $36.78, lo que equivale a $5.15. Esto termina redondeándose a $5.20. Este monto se sumará a **la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Debe tener en cuenta tres factores importantes sobre la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede variar cada año** debido a que la prima mensual promedio puede ser modificada cada año.
- En **segundo lugar, usted continuará pagando una multa** mensual mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios para medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si decide cambiar de planes.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y recibe actualmente los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses en los que no tenga cobertura después del Período de inscripción inicial para personas de edad avanzada en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión sobre esta. Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores a la fecha de la primera carta que recibe, en la que se le informa que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando 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.

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera la revisión de la decisión de esta. De lo contrario, se podría cancelar su inscripción por incumplir el pago de las primas de su plan.

Sección 4.5 Monto del ajuste mensual según los ingresos

Algunos miembros deben pagar un cargo adicional, conocido como "Monto del ajuste mensual según los ingresos" de la Parte D, también conocido como IRMAA. El monto adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a un monto determinado, usted pagará el monto de la prima estándar y el monto del ajuste mensual según los ingresos (income-related monthly adjustment amount, IRMAA) adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar de acuerdo con sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuánto será dicho monto adicional. El monto adicional será retenido del cheque que reciba del Seguro Social, la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de administración de personal, independientemente del método de pago de la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no alcance a cubrir el monto adicional adeudado. Si el cheque de su beneficio no fuera suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el monto adicional al gobierno. No podrá pagarlo con la prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información acerca de cómo solicitarlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.6 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

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

En la sección 7 del capítulo 2 se proporciona más información acerca del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar un reclamo o una apelación.

SECCIÓN 5 Información adicional sobre su prima mensual

Sección 5.1 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima del plan mensual cambia el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia a partir del 1 de enero.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de afiliación al plan

El registro de afiliación incluye información del formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. En este se muestra su cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores incluidos en la red del plan necesitan que la información que tienen sobre usted esté correcta. **Los proveedores de la red utilizan su registro de afiliación para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos que le corresponden a usted**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número telefónico.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de parte de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización laboral por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones de responsabilidad civil, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si ha ingresado a un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota**: Usted no tiene la obligación de informarle al plan en qué estudios de investigación clínica tiene previsto participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para miembros.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante comunicarse con el Seguro Social. Los números de teléfono e información de contacto del Seguro Social se encuentran en la sección 5 del capítulo 2.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos la obligación de coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que dispone según nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que incluirá cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que sepamos. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no necesita hacer nada más. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no aparezca en la lista, llame a Servicios para miembros. Necesitará brindar su número de identificación de miembro del plan a las otras compañías de seguro de salud, una vez confirmada su identidad, para que sus facturas se paguen de manera correcta y dentro del plazo.

Si tiene otros seguros, como la cobertura de salud grupal por parte del empleador, existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el otro seguro pagan primero. El seguro que paga primero se conoce como pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si existen costos sin cubrir por la cobertura primaria. Existe la posibilidad de que el pagador secundario no asuma todos los costos sin cobertura. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas aplican para la cobertura del plan de salud grupal del empleador o de un sindicato:

- Si cuenta con una cobertura para jubilados, Medicare pagará primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un familiar, quien pague primero dependerá de la edad, la cantidad de trabajadores empleados por el empleador y si cuenta con Medicare por su edad, una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (end-stage renal disease, ESRD):
    - Si tiene menos de 65 años, sufre alguna discapacidad y usted o un familiar aun trabajan, su plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 o más empleados o, al menos, un empleador se integra en un plan de varios empleadores que tenga más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o, al menos, un empleador se integra en un plan de varios empleadores que tenga más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a la ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de ser elegible para Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa, incluido el seguro para vehículo.
- Responsabilidad civil, incluido el seguro para vehículo.
- Beneficios por neumoconiosis de los mineros del carbón.
- Indemnización laboral por accidentes de trabajo.

Medicaid y TRICARE bajo ninguna circunstancia pagarán primero por los servicios cubiertos por Medicare, solo después de que Medicare, los planes de salud grupal del empleador y/o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:
Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Información de contacto de *Prominence Extra Help HMO* (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para miembros)

Cómo contactarse con Servicios para miembros de nuestro plan

Si desea obtener ayuda con reclamaciones, facturas o preguntas relacionadas con las tarjetas de afiliación, llame o escriba a Servicios para miembros de *Prominence Extra Help HMO*. Con mucho gusto le atenderemos.

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAMAR AL	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Le atenderemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., De lunes a viernes. Servicios para miembros también cuenta con un servicio gratuito de interpretación de idiomas disponible para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Le atenderemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.
FAX:	1-775-770-9004
ESCRIBIR A	Prominence Health Plan 1510 Meadow Wood Lane Reno NV 89502
SITIO WEB	www.prominencemedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura o presente una apelación con respecto a la atención médica

La decisión de cobertura es aquella que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos o los medicamentos recetados de la Parte D. La apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y rectifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar las decisiones de cobertura o presentar las apelaciones relacionadas con su atención médica o con los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica o medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAMAR AL	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Le atenderemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Le atenderemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.
FAX:	1-775-770-9004
ESCRIBIR A	Prominence Health Plan 1510 Meadow Wood Lane Reno NV 89502
SITIO WEB	www.prominencemedicare.com

Cómo contactarnos cuando presente un reclamo acerca de su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso un reclamo sobre la calidad de la atención recibida. Note que este tipo de reclamo no implica disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo con respecto a su atención médica, consulte el capítulo 9: *Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos)*.

Método	Reclamos sobre la atención médica: información de contacto
LLAMAR AL	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Le atenderemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.

Método	Reclamos sobre la atención médica: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Le atenderemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.
FAX:	1-775-770-9004
ESCRIBIR A	Prominence Health Plan 1510 Meadow Wood Lane Reno NV 89502
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre *Prominence Extra Help HMO* directamente a Medicare. Para enviar un reclamo en línea a Medicare, ingrese a: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Adónde enviar una solicitud para solicitar que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido

Si recibió una factura, como la factura de un proveedor, o pagó por servicios que considera que debemos pagar, debe solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos*).

Tenga en cuenta: si nos envía una solicitud de pago y rechazamos una parte de ella, puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 9 (*qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos)*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAMAR AL	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Le atenderemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Le atenderemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.
FAX:	1-775-770-9004

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
ESCRIBIR A	Prominence Health Plan 1510 Meadow Wood Lane Reno NV 89502
SITIO WEB	www.prominencemedicare.com

SECCIÓN 2 Medicare: (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa de seguro de salud que ofrece el gobierno federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidad y personas con una enfermedad renal en etapa terminal, es decir, insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón.

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluyéndonos a nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAMAR AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. También cuenta con información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Además, incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También encontrará información para contactarse con Medicare en el estado en que reside. El sitio web de Medicare también ofrece información detallada referente a su elegibilidad de Medicare y las opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad para Medicare:** proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** proporciona información personalizada sobre planes disponibles de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (seguro suplementario a Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan un *cálculo aproximado* de los gastos de bolsillo en los diferentes planes de Medicare. También puede acceder al sitio web para comunicarle a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga sobre *Prominence Extra Help HMO*: • **Comuníquele a Medicare sobre el reclamo:** Puede enviar una queja sobre *Prominence Extra Help HMO* directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, diríjase a**:** www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio los reclamos y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no cuenta con una computadora, en la biblioteca local o el centro del adulto mayor pueden ayudarle a visitar este sitio web a través de sus computadoras. O bien, llame a Medicare y solicíteles la información que necesita. Ellos encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a las preguntas acerca de Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia en 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 denomina Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de la Salud de Texas (Health Information Counseling & Advocacy Program, HICAP).

El Programa HICAP es un programa estatal independiente que no está relacionado con compañías de seguros de salud ni planes de salud. Este obtiene dinero del gobierno federal para dar asesoría gratuita sobre seguros de salud que se ofrecen en su localidad a personas con Medicare.

Los asesores de HICAP pueden ayudarlo a comprender sus derechos en Medicare, a presentar reclamos acerca de su atención médica o tratamiento, y ayudarlo a resolver problemas que tiene con sus facturas de Medicare. Los asesores de HICAP también pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas relacionados con Medicare y, además, a comprender las opciones de planes que le ofrece Medicare. También contestarán sus preguntas sobre cómo cambiar de plan.

CÓMO ACCEDER AL PROGRAMA SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite https://www.shiphelp.org (Haga clic en "SHIP LOCATOR" [buscador de programas SHIP] ubicado en medio de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos del estado en que reside.

Método	**Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de la Salud de Texas (HICAP): información de contacto**
LLAMAR AL	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla.

Método	Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Información de la Salud de Texas (HICAP): información de contacto
ESCRIBIR A	Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, TX 78714
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado encontrará una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare. En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Acentra.

Acentra cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica, a quienes Medicare les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para las personas que cuentan con Medicare. *Acentra* es una organización independiente. Esto significa que no tiene ningún vínculo con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Tiene un reclamo sobre la calidad de la atención recibida.
- Considera que la cobertura para su hospitalización termina antes de tiempo.
- Considera que la cobertura de su atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminan antes de tiempo.

Método	Información de contacto de Acentra (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas)
LLAMAR AL	888-315-0636 Nuestro horario es de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla.

Método	Información de contacto de Acentra (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Texas)
ESCRIBIR A	5210 West Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	https://www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social tiene la responsabilidad de determinar la elegibilidad y encargarse de la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y ciudadanos con residencia legal permanente que tengan 65 años o más, o una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y que cumplan con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare será automática. Sin embargo, si el Seguro Social no le envía cheques, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, comuníquese con el Seguro Social o acuda a la oficina local del Seguro Social.

Asimismo, el Seguro Social tiene la obligación de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tienen mayores ingresos. Si ha recibido una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas acerca del monto o si sus ingresos disminuyeron debido a una circunstancia que cambió su vida, llame al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para hacérselo saber.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAMAR AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar el servicio de telefonía automatizada del Seguro Social para obtener información grabada y realizar trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa de colaboración entre el gobierno federal y estatal que ayuda con los gastos médicos para determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Tenga en cuenta que algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid. Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los gastos de Medicare, como las primas de este. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, además de otros costos compartidos, como deducibles, coseguros y copagos. Algunas personas con el Programa de Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) también son elegibles para acceder a los beneficios completos de Medicaid (QMB+).
- **Beneficiarios Especificados de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. Algunas personas con el Programa de Beneficiarios Especificados de Bajos Ingresos de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB) también son elegibles para acceder a los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).
- **Individuos Calificados (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas Calificadas y que Trabajan (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas que ofrece, comuníquese con:

En Texas, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Método	**Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto**
LLAMAR AL	1-800-335-8957 Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla.

Método	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas: información de contacto
ESCRIBIR A	Medicaid de Texas 5451 N Interstate Hwy 35 Austin Texas 78723
SITIO WEB	www.YourTexasBenefits.com

SECCIÓN 7 Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web de Medicare.gov (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas que cuentan con ingresos limitados, también existen otros programas que brindan asistencia; entre ellos se encuentran los siguientes:

Programa "Ayuda Adicional" de Medicare

Medicare ofrece un programa de "Ayuda Adicional" para que aquellas personas que cuentan con ingresos y recursos limitados puedan pagar los costos de los medicamentos recetados. Dentro de los recursos se incluyen ahorros y acciones; sin embargo, la casa y el automóvil no están incluidos. Si cumple los requisitos, obtendrá ayuda para pagar cualquier prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, así como el deducible anual y los copagos para medicamentos recetados. No olvide que esta "Ayuda Adicional" también cuenta para los gastos de bolsillo.

Si es elegible de forma automática para recibir "Ayuda Adicional", Medicare le enviará una carta por correo postal. Usted no tendrá que presentar ninguna solicitud. Sin embargo, si no es elegible de forma automática, es posible que obtenga "Ayuda Adicional" y así pueda pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Si desea saber si califica para obtener "Ayuda Adicional", llame al:

- 1-800-MEDICARE o 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 desde las 8 a. m. hasta las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- La Oficina de Medicaid de su estado (consulte la sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que cumple los requisitos para la "Ayuda Adicional" y estima que el monto de los costos compartidos que está pagando en una farmacia por su receta no es adecuado, nuestro plan

ha implementado un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia del nivel de copago correspondiente o, si ya cuenta con la evidencia, presentarla ante nosotros.

- Comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros para presentar su evidencia de Ayuda Adicional y lo guiarán a través del proceso. Los números telefónicos de Servicios para miembros figuran impresos en la contraportada de este manual.
- Cuando recibamos la evidencia en la que se muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda realizar el copago correcto cuando surta la próxima receta en la farmacia. Si termina pagando más por el copago, se lo reembolsaremos. En este caso, le enviaremos un cheque con el monto del sobrepago o haremos un ajuste en los próximos copagos. Si la farmacia no ha recibido un copago suyo y este aparece como una deuda suya, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos efectuar el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios para miembros si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si tiene "Ayuda adicional" y cobertura por parte de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Las Islas Vírgenes de los Estados Unidos y muchos otros estados ofrecen ayuda para el pago de recetas, las primas del plan de medicamentos y/u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o en cualquier otro programa que proporcione cobertura para los medicamentos de la Parte D, aparte de la "Ayuda Adicional", aun puede recibir un descuento del 70 % en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca si se encuentra en el período sin cobertura. Los descuentos del 70 % y el 5 % pagados por el plan se aplican al precio del medicamento antes de recibir ayuda de SPAP u otra cobertura.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?
¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles que viven con VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el tratamiento del VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el formulario ADAP son elegibles para asistencia en costos compartidos de los medicamentos recetados por medio de:

Programa del VIH y las ETS del DSHS

P. O. Box 149347, MC 1873

Austin, Texas 78714

1-800-255-1090

Nota: Si desea ser elegible para el programa ADAP disponible en su estado, debe cumplir con determinados criterios, incluido el comprobante de residencia en el estado y un diagnóstico de VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado, y una situación de no contar con seguro o contar con un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquelo al trabajador de inscripción de ADAP local para que pueda continuar recibiendo esta asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en este programa, llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) a los números de teléfono que figuran en la sección 3 de este capítulo, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 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 sus medicamentos recetados según su necesidad económica, edad, afección médica o discapacidad. Cada estado tiene reglas diferentes para proporcionar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) es el Programa contra el VIH/ETS del Departamento Estatal de Servicios de Salud (Department of State Health Services, DSHS).

Método	**SPAP contra el VIH de Texas: información de contacto**
LLAMAR AL	1-800-255-1090
TTY	711
ESCRIBIR A	Programa del VIH y las ETS del DSHS P. O. Box 149347, MC 1873 Austin, Texas 78714
SITIO WEB	http://dshs.texas.gov/hivstd/meds/spap.shtm

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** La "Ayuda Adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Contáctenos o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto
LLAMAR AL	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Le atenderemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., De lunes a viernes. Servicios para miembros también cuenta con un servicio gratuito de interpretación de idiomas disponible para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Le atenderemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Las llamadas a este número son gratuitas.
FAX:	1-775-770-9004
ESCRIBIR A	Prominence Health Plan 1510 Meadow Wood Lane Reno NV 89502
SITIO WEB	www.prominencemedicare.com

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

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

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
LLAMAR AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los días lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los días miércoles. Si presiona "1", accederá a la línea automatizada de ayuda de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluso los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Cuenta con seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud de jubilado o de su empleador (o de su cónyuge o pareja de hecho), así como sobre las primas o el período de inscripción. (Los números telefónicos de Servicios para miembros figuran impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tuviese preguntas sobre su cobertura de Medicare conforme a este plan.

CAPITULO 3:
Cómo usar el plan para sus servicios de atención médica

SECCIÓN 1 Información que debe saber acerca de cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que debe saber referente al uso del plan para recibir la cobertura de atención médica. Incluye definiciones de los términos y explica el reglamento que deberá seguir para recibir tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados u otra atención médica que estén cubiertos por el plan.

Si desea obtener detalles sobre aquellos servicios de atención médica que están cubiertos por nuestro plan y cuánto debe pagar al recibirlos, consulte la tabla de beneficios que se encuentra en el capítulo 4*Tabla de beneficios médicos, servicios cubiertos y el monto que usted debe pagar*.

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

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica que cuentan con licencia del estado para prestar servicios y atención médica. El término proveedores también incluye a hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago en su totalidad. Hemos organizado que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por los servicios de atención médica que le brindan. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, usted paga solo la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios para el cuidado de la salud, suministros y equipos, y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en la tabla de beneficios que encontrará en el capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se abordan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para recibir atención médica cubierta por el plan

Al ser un plan de salud de Medicare, Prominence Extra Help HMO deberá cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare, además de seguir las reglas de cobertura establecidas por Original Medicare.

Por lo general, Prominence Extra Help HMO cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención médica que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el capítulo 4 de este documento).
- **La atención médica que reciba sea considerada como necesaria desde el punto de vista médico**. Necesaria desde el punto de vista médico significa que los servicios,

suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Cuente con un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que proporcione y supervise su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, deberá elegir un PCP de la red. Si desea obtener más información al respecto, consulte la sección 2.1 de este capítulo.
    - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación anticipada antes de que pueda recibir los servicios de otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Esto se denomina darle una derivación. Para obtener más información al respecto, consulte la sección 2.3 de este capítulo.
    - Las derivaciones que realice su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También existen otros tipos de atención médica que puede recibir sin tener la aprobación anticipada de su PCP. Si desea obtener más información sobre ello, consulte la sección 2.2 de este capítulo.
- **La atención médica debe brindarla un proveedor de la red**. Para obtener más información al respecto, consulte la sección 2 de este capítulo. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red no se cubrirá. Un proveedor fuera de la red es aquel que no pertenece a la red del plan. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad por los servicios prestados. *A continuación, se incluyen tres excepciones:*
    - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca del tema y saber qué significa la atención de emergencia o los servicios de urgencia, consulte la sección 3 de este capítulo.
    - Si usted necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En esta situación, usted pagará lo mismo que si recibiera la atención médica de un proveedor de la red. Deberá conseguir una autorización previa antes de solicitar atención fuera de la red. Si desea información acerca de cómo obtener la aprobación para acudir a un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o accesible temporalmente. Bajo ninguna circunstancia, los costos compartidos que usted paga al plan por los servicios de diálisis podrán exceder los costos compartidos de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe los servicios de diálisis de un proveedor que se encuentra fuera de la red del plan, los costos compartidos de dichos servicios no podrán exceder los

costos compartidos que paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor habitual que le proporciona los servicios de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, existe la posibilidad de que los costos compartidos para dichos servicios de diálisis sean más altos.

SECCIÓN 2 Utilice a los proveedores dentro de la red del plan para recibir atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcione y supervise su atención médica

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP). El PCP es un médico cuya especialidad es la medicina familiar, medicina interna, medicina general o geriatría, o que cumple con los requisitos establecidos por el estado y está capacitado para brindarle una atención médica básica. Como le explicamos a continuación, el PCP le brindará una atención médica de rutina o básica. El PCP también "coordinará" el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Su PCP proporcionará la mayor parte de su atención médica y le ayudará a hacer arreglos o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Entre estos servicios se incluyen radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención médica de especialistas, admisiones hospitalarias y atención de seguimiento. La "coordinación" de sus servicios incluye revisar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención médica y cómo está progresando. En algunos casos, el PCP deberá solicitarnos una autorización previa (aprobación previa). Debido a que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, usted tendría que enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. En el capítulo 6 se le explica cómo protegemos la privacidad de sus registros médicos y su información médica personal.

¿Cómo elegir un PCP?

Podrá elegir un médico de atención primaria del Directorio de proveedores y farmacias y llamar a Servicios para miembros comunicándoles su elección. Este directorio se actualiza continuamente; por lo tanto, comuníquese con Servicios para miembros con el fin de asegurarse de que el proveedor acepte pacientes nuevos. Los Servicios para miembros están a su disposición para ayudarle a elegir y encontrar un médico que se adapte a sus necesidades. Los Servicios para miembros también pueden ayudarle a verificar si un proveedor forma parte de nuestra red de médicos. Si desea ser atendido por un especialista o en un hospital en particular, primero asegúrese de que dicho especialista u hospital se encuentre en la red de su plan.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y cuando lo desee. También puede ocurrir que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y, en ese caso, deberá buscar un nuevo PCP. Consulte la sección 2.3 de este capítulo para obtener información más detallada. El cambio tendrá lugar el primer día del mes siguiente. Para cambiar de PCP, llame a Servicios para miembros. Los Servicios para miembros le confirmarán si el PCP de su preferencia está aceptando pacientes nuevos. Actualizaremos su registro de afiliación para incluir la información del nuevo PCP y confirmaremos cuándo entrará en vigencia este cambio.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin necesidad de una derivación por parte de su PCP?

A continuación, se encuentran los servicios que no necesitan la aprobación anticipada de su PCP:

- Cuidado preventivo de la salud femenina, que incluye exploración mamaria, mamografías de evaluación (ecografía del seno), Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia brindados por proveedores tanto dentro de la red como fuera de ella.
- Servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia, los cuales son servicios que requieren atención médica inmediata que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o no sea razonable dada su hora, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si fuese posible, llame a Servicios para miembros antes de abandonar el área de servicio con el fin de que podamos ayudar a hacer arreglos por usted para que pueda recibir diálisis de mantenimiento mientras se encuentre fuera.
- Existen otros servicios que puede obtener sin necesidad de la aprobación anticipada de su PCP. Consulte la sección 2.1 del capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren de autorización previa.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. A continuación, se incluyen algunos ejemplos:

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

Si el PCP considera que usted necesita un tratamiento especializado, hará las coordinaciones para que consulte a un especialista o a algunos otros proveedores de nuestra red. Existe la posibilidad de que los miembros de Prominence Extra Help HMO necesiten una derivación de su PCP para acudir a cualquier especialista de la red. Puede programar una cita con el especialista de su preferencia, siempre y cuando el especialista forme parte de nuestra red de proveedores. A pesar de que no sea necesario que su PCP le tramite una derivación para acudir con un especialista, le recomendamos que converse con el PCP sobre el especialista que pueda satisfacer sus necesidades de la mejor manera. Este PCP puede ayudarle a elegir un especialista y coordinar su atención.

Si tiene alguna pregunta acerca de si el especialista u otro proveedor de su preferencia está en nuestra red de proveedores, consulte nuestro Directorio de proveedores y farmacias en www.prominencemedicare.com o llame a Servicios para miembros. Los números telefónicos de Servicios para miembros figuran impresos en la contraportada de este manual). Servicios para miembros también verificará que dicho especialista esté aceptando pacientes nuevos.

A pesar de que es posible que las derivaciones a especialistas no sean necesarias, existen algunos tipos de servicios médicos que requieren la aprobación anticipada de nuestro plan. A esto se le denomina obtener una "autorización previa". Su médico puede llamar, escribir o comunicarse por fax con nuestro plan si desea presentar una solicitud de autorización para aquellos servicios que requieran una autorización previa. Consulte la sección 2.1 del capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren de autorización previa.

Es posible que determinados servicios requieran autorización previa. Consulte el capítulo 4 para verificar qué servicios requieren esta autorización. El plan puede facilitar dicha autorización. Es decir, usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, puede consultar con el plan si este cubrirá un determinado servicio, antes de que se brinde. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación sea por escrito. A este proceso se le denomina determinación anticipada. Si sostenemos que no vamos a cubrir los servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención médica. En el capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos), encontrará más información respecto a qué puede hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o si desea apelar una decisión que ya hayamos tomado.

Si no cuenta con una determinación anticipada, también puede obtener la autorización de un proveedor de la red que derive al miembro a un especialista fuera de la red del plan para que reciba el servicio; siempre que el servicio no esté explícitamente excluido de la cobertura del plan, como se indica en el capítulo 4.

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

Durante el transcurso del año podremos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que formen parte del plan. Si el médico o especialista abandona el plan, usted cuenta con determinados derechos y protecciones que resumimos a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede sufrir cambios en el curso del año, Medicare exige que le proporcionemos un acceso continuo a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandona nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
    - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de su parte o si lo ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda tener acceso para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento o terapias necesarios desde el punto de vista médico que usted recibe continúen.
- Le proporcionaremos información acerca de los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones para cambiar de plan.
- Si un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o no es adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos para que pueda acceder a cualquier beneficio cubierto necesario desde el punto de vista médico fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red. En este caso, necesitará que el plan le otorgue una autorización previa.
- Si descubre que el médico o especialista abandona el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que se haga cargo de su atención médica.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado que reemplace al proveedor anterior o que su atención no se está administrando correctamente, tiene

derecho a presentar un reclamo por la calidad de la atención ante la QIO, una queja formal por la calidad de la atención ante el plan, o ambos. Consulte el capítulo 9.

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

Puede haber ocasiones en las que necesite atención médica que solo podrá recibir de un proveedor que esté fuera de nuestra red de proveedores. En determinadas circunstancias, puede obtener servicios de proveedores fuera de la red y únicamente si dichos servicios están cubiertos y se consideran necesarios desde el punto de vista médico. Si esto sucede, deberá solicitar la autorización al plan antes de recibir la atención médica. En esta situación, usted pagará lo mismo que si recibiera la atención médica de un proveedor de la red. Usted o su médico pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar una autorización previa que le permita acudir a un proveedor fuera de la red. Para obtener más información con respecto a cómo comunicarse con nosotros, consulte la sección 1 del capítulo 2 y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura con respecto a su atención médica". También puede comunicarse con Servicios para miembros a los números de teléfono que figuran en la contraportada de este manual.

En el caso de atención de emergencia o servicios de urgencia fuera del área, puede recibir la atención de un proveedor fuera de la red sin necesidad de obtener la aprobación anticipada del plan. Sin embargo, una vez que haya pasado la emergencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua. Para obtener más información acerca del tema y saber qué significa la atención de emergencia o los servicios de urgencia, consulte la sección 3 de este capítulo.

Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para atención de emergencia o servicios de urgencia fuera del área. Además, cubrimos los servicios de diálisis para los miembros que presenten una ESRD y que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no puedan acceder a proveedores contratados que atiendan a pacientes con ESRD.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando necesita atención de emergencia o servicios de urgencia o durante un desastre.

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer si tiene una?

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente que posee conocimientos prácticos y promedios de salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata con el fin de preservar la vida (y, si está embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de una extremidad o pérdida de funcionalidad de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se está agravando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Consiga ayuda a la brevedad posible.** Llame al 911 para solicitar ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. En este caso, *no* es necesario que el PCP le dé una aprobación o derivación primero. No necesita acudir a un médico de la red. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o de sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal competente, incluso si no forman parte de nuestra red.
- **Tan pronto como pueda, asegúrese de que se le haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar un seguimiento a su atención de emergencia. Por lo tanto, usted u otra persona debe llamar para informarnos acerca de esta situación de emergencia, generalmente en un plazo de 48 horas. Llame al número de Servicios para miembros que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación del plan.

¿Qué servicios están cubiertos ante una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia para las situaciones en las cuales llegar a la sala de emergencia de cualquier otra manera equivaldría a poner en riesgo su salud. De igual manera, cubrimos los servicios médicos durante una emergencia.

Aquellos médicos que le brinden atención de emergencia determinarán el momento en que se encuentre estable y si ha superado la emergencia médica.

Una vez que la emergencia esté bajo control, tiene derecho a una atención de seguimiento para garantizar que usted se mantenga estable. Sus médicos continuarán atendiéndole hasta que se comuniquen con nosotros y elaboren un plan para prestar atención médica adicional. Nuestro plan cubrirá dicha atención de seguimiento. Sin embargo, una vez que haya pasado la emergencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua.

En caso de que los proveedores fuera de la red proporcionen la atención de emergencia, intentaremos coordinar con los proveedores de la red para que se encarguen de su atención tan pronto su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

En ocasiones resulta difícil saber si estamos frente a una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir a un centro y solicitar atención de emergencia, al considerar que su salud está en grave riesgo, y el médico podría decir que no era ninguna emergencia médica. Si resultara que no fue una emergencia, cubriremos la atención siempre que haya considerado, con fundamento, que su salud se encontraba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico afirme que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *únicamente* si recibe dicha atención bajo una de las dos circunstancias que se mencionan a continuación:

- si acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional,
- – *o* – la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las reglas para acceder a este tipo de atención. Para obtener más información al respecto, consulte la sección 3.2 que se incluye a continuación.

Sección 3.2 Cómo recibir atención si necesita acceder a servicios de urgencia

¿Qué son los servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio necesario de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y necesita servicios de urgencia?

Siempre debe tratar de obtener servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no son accesibles y no es razonable esperar para recibir atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Sin embargo, una vez que haya pasado la urgencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua.

Si necesita atención que no se considere de emergencia después del horario de atención regular, puede visitar el centro de atención de urgencias más cercano. Consulte el Directorio de proveedores y farmacias si necesita información sobre los centros de atención de urgencia. Recuerde presentar su tarjeta de identificación de miembro al momento de su consulta.

Los servicios de telemedicina están disponibles las 24 horas del día. Tenga en cuenta que aun cuando estos servicios no sustituyen a un médico de atención primaria, les permite a los miembros conversar con un médico que pueda diagnosticar, recomendar un tratamiento y recetar medicamentos, cuando corresponda, para muchos problemas médicos y de salud del comportamiento.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y necesita servicios de urgencia?

Cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y no pueda recibir atención médica de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier

proveedor. Sin embargo, una vez que haya pasado la urgencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y urgencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos. Nuestro plan no cubre servicios que no sean de urgencia si recibe dichos servicios fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4 de este manual.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador del estado en que reside, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención por parte del plan.

Visite el sitio web: www.prominencemedicare.com para obtener información sobre cómo solicitar atención médica necesaria durante un desastre.

Si no es posible acudir a un proveedor de la red durante un desastre, el plan permitirá que los proveedores fuera de la red le proporcionen atención médica mediante costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5, para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si el monto que pagó por los servicios cubiertos es superior al monto de costos compartidos que le correspondía, o recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7: *Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos,* para obtener información referente a qué medidas puede adoptar.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted deberá pagar el costo total

Prominence Extra Help HMO cubre todos los servicios que se consideren necesarios desde el punto de vista médico enumerados en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el capítulo 4 de este documento. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios en caso de que haya recibido servicios que no están cubiertos por el plan, o fueron obtenidos fuera de la red y no estaban autorizados.

Para los servicios cubiertos que cuentan con una limitación de beneficios, usted pagará el costo total de todos los servicios que reciba después de agotar el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez alcanzado el límite de beneficios, el monto que pague por el servicio no contará para el monto máximo de gastos de bolsillo del plan. Puede llamar a Servicios para miembros cuando desee saber cuánto ha usado de su límite de beneficios.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *estudio clínico*) es una forma que tienen los médicos y científicos para probar nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica cuentan con la aprobación de Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar la participación de voluntarios.

Una vez que Medicare autorice el estudio y usted muestra interés en participar, un miembro del personal del estudio se comunicará con usted para brindarle más detalles sobre este y concluir si cumple con los requisitos establecidos por los científicos responsables del estudio. Puede participar en el estudio, siempre y cuando cumpla con los requerimientos del estudio *y* tenga una comprensión total, así como la aceptación de lo que implica su participación en el estudio.

Si participa en un estudio autorizado por Medicare, Original Medicare pagará la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte de este estudio. Si nos informa que está en un estudio clínico acreditado, entonces usted será responsable únicamente de los costos compartidos dentro de la red correspondientes a los servicios prestados en dicho ensayo. Si usted pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de los costos compartidos de Original Medicare, nosotros le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, usted deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto ha pagado. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de la atención médica, que no esté relacionada con el estudio, a través del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye beneficios de los que es responsable nuestro plan que incluyan, como componente, un estudio clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en virtud de determinaciones nacionales de cobertura (national coverage determination, NCD) y ensayos sobre dispositivos de investigación (investigational device trials, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesite obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para miembros de Medicare Advantage mediante Original Medicare, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en estudios clínicos calificados por Medicare.

Si participara en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos generados por su participación en dicho estudio*.

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?

Una vez que comience a participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos:

- Alojamiento y alimentación para una hospitalización que Medicare pagaría, aun si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones ocasionadas por la nueva atención médica.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Original Medicare y los costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio, como si estos servicios los brindara nuestro plan. Sin embargo, debe enviar la documentación que indique cuánto pagó de costos compartidos. Consulte el capítulo 7 si desea obtener más información referente a la presentación de solicitudes de pago.

> *Este es un ejemplo de cómo se obtiene la cifra correspondiente a los costos compartidos:* Digamos que tiene un análisis de laboratorio con un costo de $100 como parte del estudio de investigación. Supongamos que la parte de los costos que usted debe pagar por este análisis es de $20 según Original Medicare, pero este costaría $10 de acuerdo con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagará $80 por el análisis y usted pagará el copago de $20 requerido por Original Medicare. Luego, debe notificar al plan que recibió un servicio como parte de un estudio clínico acreditado y enviar la documentación, como una factura del proveedor, al plan. Entonces, el plan le paga directamente a usted $10. Por consiguiente, su pago neto es $10, que equivale al mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe enviar la documentación a su plan, por ejemplo, una factura del proveedor.

En caso de que forme parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan asumirá los costos en ninguna de las siguientes situaciones:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará por un artículo o servicio nuevo que el estudio esté poniendo a prueba, a menos que Medicare cubra dicho artículo o servicio, incluso si *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados con el fin de recabar datos únicamente y que no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará por tomografías computarizadas realizadas con una frecuencia mensual como parte del estudio si, por lo general, su afección médica requeriría únicamente una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios que los patrocinadores de la investigación suelen proporcionar de forma gratuita a cualquier participante del ensayo.

¿Desea más información?

Puede obtener más información sobre lo que implica participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare donde podrá leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica)*. La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención médica en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud.

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que proporciona atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, en su lugar proporcionaremos cobertura en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio se proporciona únicamente a los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A; es decir, a servicios médicos no invasivos para el cuidado de la salud.

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, debe firmar un documento legal que exprese que usted se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que sea **no obligatorio.**

- **Atención médica o tratamiento no obligatorio** se refiere a cualquier atención médica o tratamiento que sea *voluntario* y *no sea requerido* según las leyes federales, estatales o locales.

- **Tratamiento médico obligatorio** se refiere a la atención médica o tratamiento que usted obtiene que *no* es voluntario o *es requerido* según las leyes federales, estatales o locales.

Si desea que la cobertura de nuestro plan se aplique, la atención médica que reciba de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- El establecimiento encargado de brindar la atención deberá contar con la certificación de Medicare.
- La cobertura de servicios que le ofrece nuestro plan está limitada a los aspectos de atención médica que *no tengan que ver con la religión*.
- Si recibe servicios en uno de estos establecimientos, se aplicarán las siguientes condiciones:
    - Debe padecer una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para pacientes hospitalizados o para atención médica en un centro de enfermería especializada.
    - *– Y –* debe obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan antes de ser admitido en el establecimiento. De lo contrario, la hospitalización no será cubierta.

Los límites de cobertura para pacientes hospitalizados de Medicare se aplican a los servicios recibidos en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Consulte la tabla de beneficios que aparece en el capítulo 4 para obtener más información sobre la cobertura de pacientes hospitalizados.

SECCIÓN 7 Reglas para la tenencia de equipos médicos duraderos

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan?

Los equipos médicos duraderos (durable medical equipment, DME) incluyen artículos como equipos e insumos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para pacientes diabéticos, dispositivo generador de voz, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital que son ordenadas por un proveedor para uso en el hogar. Tenga en cuenta que determinados artículos, como las prótesis, siempre serán propiedad del miembro. En esta sección, se tratarán otros tipos de DME que deberá alquilar.

En Original Medicare, aquellas personas que alquilan algunos tipos de DME adquieren el equipo después de asumir los copagos por el artículo durante un período de 13 meses. A pesar de ser miembro de Prominence Extra Help HMO, usted no suele obtener la titularidad de los artículos DME alquilados, independientemente de cuántos copagos haga por el artículo mientras sea afiliado de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo DME según Original Medicare antes de afiliarse a nuestro plan. En determinadas circunstancias

limitadas, le transferiremos la titularidad del artículo DME. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos realizados por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la titularidad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el artículo después de que pase a Original Medicare para poder acceder a la titularidad del artículo. Los pagos realizados mientras estuvo inscrito en el plan no cuentan.

Ejemplo 1: usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en el plan Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos realizados en el plan Original Medicare no cuentan. Usted tendrá que hacer 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del artículo.

Ejemplo 2: usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en el plan Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estuvo en nuestro plan, pero no obtuvo la titularidad mientras permaneció en el mismo. Luego, se reincorpora al plan Original Medicare. Entonces, tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo, una vez que se una a Original Medicare nuevamente. Todos los pagos anteriores, ya sea a nuestro plan o a Original Medicare, no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si cumple los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno por parte de Medicare, Prominence Extra Help HMO cubrirá:

- El alquiler de los equipos de oxígeno.
- La administración de oxígeno y concentraciones de oxígeno.
- Los tubos y accesorios relacionados con el oxígeno para su administración, así como las concentraciones de oxígeno.
- El mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno.

Si abandona el plan Prominence Extra Help HMO o ya no necesita el equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, entonces se deberá devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué sucede si deja el plan y accede nuevamente a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses usted alquila el equipo. En cuanto a los 24 meses restantes, el proveedor le proporcionará el equipo y el mantenimiento. No obstante, recuerde que usted sigue siendo el responsable del copago por el oxígeno. Después de cinco años, usted elige si desea permanecer con la misma empresa o ir a otra. En esta etapa, el ciclo de cinco años comienza de

nuevo, incluso si permanece con la misma empresa, lo que requiere que pague los copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:
Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y el monto que usted debe pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los gastos de bolsillo por el pago de servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada uno de ellos como miembro de *Prominence Extra Help HMO*. Más adelante, encontrará información respecto a los servicios de atención médica sin cobertura. También se explicarán los límites aplicables para algunos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que pagaría por los servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, es necesario que conozca los tipos de gastos de bolsillo que pagaría por los servicios cubiertos.

- **El copago** es el monto fijo que debe pagar cada vez que recibe determinados servicios de atención médica. Usted lo paga al momento de recibir dichos servicios. La Tabla de beneficios médicos que figura en la sección 2 le proporcionará más detalles sobre los copagos.
- **El coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios de atención médica. Usted lo paga en el momento de recibir dichos servicios. La Tabla de beneficios médicos que figura en la sección 2 le proporcionará más detalles sobre el coseguro.

La mayoría de las personas elegibles para acceder a Medicaid o al Programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no pagan, en ninguna circunstancia, deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle el comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB al proveedor, si corresponde.

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

Debido a que está inscrito en un plan de Medicare Advantage, existe un límite en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es de $3,400.

Los montos que paga por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. De igual manera, los montos que pague por ciertos servicios no se cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Estos servicios se encuentran marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de los gastos de bolsillo de $3,400, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, tiene la obligación de continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid o algún tercero asuma este pago.

Sección 1.3 Nuestro plan también limita los gastos de bolsillo para ciertos tipos de servicios

Además del monto máximo de los gastos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, a continuación consulte la Sección 1.4.

Sección 1.4 Nuestro plan no autoriza que los proveedores se encarguen de facturar el saldo al miembro

Como miembro de *Prominence Extra Help HMO*, usted tiene la ventaja importante que solo tiene que pagar los costos compartidos que le corresponden cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, denominados **facturación de saldos**. Esta protección se aplica, aunque le paguemos al proveedor un valor menor de lo que este cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no le pagamos al proveedor determinados cargos.

Esta protección funciona de las siguientes maneras:

- Si el costo compartido es un copago, que es un monto determinado de dólares, por ejemplo, $15.00, entonces únicamente pagará ese monto por cualquier servicio cubierto que le ofrezca un proveedor de la red.
- Si el costo compartido es un coseguro, que es un porcentaje del cargo total, entonces no pagará, en ninguna circunstancia, más que ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor a quien solicite un servicio:
    - Si los servicios cubiertos vienen de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan, según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan.
    - Si los servicios cubiertos vienen 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 proveedores participantes. Recuerde que: el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinados casos, por ejemplo, cuando obtiene una derivación o por atención de emergencia o servicios de urgencia.
    - Si los servicios cubiertos son proporcionados por 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 proveedores no participantes. Recuerde que: el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinados casos, por ejemplo, cuando obtiene una derivación o por atención de emergencia o servicios de urgencia fuera del área de servicio.
- Si considera que un proveedor le facturó un saldo , llame a Servicios para miembros.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar cuáles son los servicios cubiertos y cuánto tendrá que pagar

Sección 2.1 Beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que *Prominence Extra Help HMO* cubre y los gastos de bolsillo que usted debe pagar por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el capítulo 5. Los servicios que figuran en la Tabla de beneficios médicos se cubren únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deberán* considerarse necesarios desde el punto de vista médico. Necesario desde el punto de vista médico significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos miembros, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red no tendrá cobertura, a menos que se trate de atención de urgencia o una situación apremiante, o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan proporcionado una derivación. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad por los servicios prestados.
- Debe contar con un proveedor de atención primaria (un PCP) que proporcione y supervise su atención médica. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina darle una derivación.
- Algunos de los servicios incluidos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico u otro proveedor de la red obtienen la aprobación anticipada (en ocasiones denominada autorización previa) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie de página.
- También se le pueden cobrar cargos administrativos por inasistencia a las citas o incumplir el pago obligatorio de los costos compartidos al momento de recibir el servicio. Llame a Servicios para miembros si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos.

Otra información importante que debe conocer sobre la cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan en comparación con lo que pagaría en Original Medicare. En el caso de otros beneficios, usted paga *menos.* Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare y Usted 2025*. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Tome en cuenta que todos aquellos servicios preventivos que se cubren sin costo por parte de Original Medicare, nosotros también los cubrimos sin que signifique un costo para usted. No obstante, si también recibe tratamiento o seguimiento debido a una afección médica existente durante la consulta cuando reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención médica recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

En la Tabla de beneficios, aparecerá esta manzana junto a los servicios preventivos.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
Monitoreo de aneurisma de aorta abdominal Se trata de una ecografía de detección única para personas en riesgo. El plan solo cubre esta evaluación si tiene determinados factores de riesgo y si obtiene una derivación del médico, asistente médico, personal de enfermería especializado o especialista en enfermería clínica.	Esta evaluación preventiva no requiere que aquellos miembros elegibles paguen coseguros, copagos ni deducibles.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico. Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 consultas en 90 días cubiertas para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, dolor lumbar crónico se define como: • de más de 12 semanas de duración; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no está vinculado a una cirugía; y • no es ocasionado por el embarazo. Se cubrirá una serie de ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que evidencien una mejoría. Tome en cuenta que no se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento se debe interrumpir si el paciente no mejora o, por el contrario, muestra un retroceso. Requisitos que debe cumplir el proveedor: Los médicos (según lo definido en 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (physician assistants, PA), personal de enfermería especializado (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse	Las consultas cubiertas por Medicare no requieren coseguros ni copagos.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
specialists, CNS) (tal como se identifican en la sección 1861(aa) (5) de la Ley), y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos del estado aplicables y tienen: • un máster o grado de doctorado en acupuntura o medicina oriental otorgado por una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. El personal auxiliar que ofrezca los servicios de acupuntura deberá estar bajo la supervisión competente de un médico, PA o NP/CNS, tal como se estipula en nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o de no emergencia, incluyen servicios de ambulancia por aire, en avión o helicóptero, y por tierra al establecimiento calificado más cercano que pueda proporcionar atención médica, solo si son proporcionados a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte pudieran poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico.	copago de $275 El copago se aplica por tramo. Un tramo se refiere al transporte en ambulancia al establecimiento médico calificado más cercano. Se incurre en un tramo adicional si el beneficiario es transportado en ambulancia a otro establecimiento. Se exime del copago si se le admite como paciente hospitalizado. Se requiere autorización previa para transporte que no se considere de emergencia.
Examen físico anual Un examen realizado por un médico de atención	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
primaria. Se ofrece cobertura una vez cada 12 meses. Los servicios incluyen: • Un examen físico apropiado para la edad y el género, que incluya signos vitales y mediciones. • Intervenciones de orientación, asesoramiento y reducción de factores de riesgo. • Administración u orden para vacunas, análisis de laboratorio o procedimientos de diagnóstico.	físico anual. Usted será responsable del monto correspondiente a los costos compartidos por cualquier servicio adicional Se realiza durante una consulta de bienestar anual. Esto incluye, entre otros, el monto correspondiente a los costos compartidos por cualquier diagnóstico por imágenes, como una radiografía de tórax, o prueba de diagnóstico, como un electrocardiograma.
Consulta de bienestar anual Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede acceder a una consulta de bienestar anual para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado de acuerdo con su salud y factores de riesgo actuales. Se ofrece cobertura una vez cada 12 meses. **Nota**: La primera consulta de bienestar anual no puede programarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare". No obstante, no es necesario programar una consulta de "Bienvenido a Medicare" para cubrir las consultas de bienestar anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	La consulta de bienestar anual no requiere coseguros, copagos ni deducibles.
Medición de masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	La medición de masa ósea cubierta por Medicare no requiere coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
Prueba de detección para cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de rutina entre los 35 y 39 años. • Una mamografía cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de seno cada 24 meses.	Las mamografías de detección cubiertas no requieren coseguros, copagos ni deducibles.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, información educativa y apoyo psicológico están cubiertos para aquellos miembros que cumplan con determinadas condiciones de acuerdo con una orden médica. El plan también cubre cuidados intensivos programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, por lo general, son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga un copago de $0 por consulta. La terapia de ejercicios bajo supervisión se encuentra cubierta hasta 36 sesiones para personas elegibles que presenten arteriopatía periférica (peripheral artery disease, PAD). Consulte el beneficio de terapia de ejercicios bajo supervisión (supervised exercise therapy, SET) en esta sección para obtener más información sobre los servicios del programa SET. Es posible que los servicios requieran una autorización previa.
Consulta para reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de tener una enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, el médico puede hablar sobre el uso de la aspirina, si corresponde, revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se está alimentando de forma sana.	El beneficio preventivo de la terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares no requiere coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
Detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	Una prueba de detección de enfermedad cardiovascular cubierta una vez cada 5 años no requiere coseguros, copagos ni deducibles.
Prueba de detección de cáncer cervical y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses. • Si presenta un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o está en edad de tener hijos y ha tenido un Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: un Papanicolaou cada 12 meses.	Los exámenes pélvicos y de Papanicolaou con fines preventivos y cubiertos por Medicare no requieren coseguros, copagos ni deducibles.
Servicios quiroprácticos. Los servicios cubiertos incluyen: Medicare cubre únicamente la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. El plan también ofrece cobertura para la atención quiropráctica de rutina.	Usted paga $0 de copago por cada consulta cubierta por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación). Usted paga $20 de copago por cada consulta quiropráctica de rutina hasta por un límite de 12 consultas anuales. Se requiere autorización previa.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene un límite de edad mínima ni máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo, o	La prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare no requiere

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema opaco. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para pacientes que no son de alto riesgo después de haberse sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema opaco. • Evaluaciones de detección de pruebas de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses. • ADN multiobjetivo en heces para pacientes de 45 a 85 años que no reúnen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no reúnen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema opaco como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema opaco realizado con fines de detección o la última colonoscopia de detección. colonoscopia. • El enema opaco como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes que no son de alto riesgo y de 45 años en adelante. Una vez al menos 48 meses después del último enema opaco realizado con fines de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las evaluaciones de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	coseguros, copagos ni deducibles, con excepción de los enemas opacos que sí requieren coseguros. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico.
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin	Los servicios dentales cubiertos por Medicare no requieren de copagos,

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
embargo, Medicare actualmente paga por servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es parte integral de un tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales en preparación para el tratamiento con radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes bucales previos a un trasplante renal. El plan ofrece cobertura para servicios preventivos e integrales con un límite combinado de $3,000. Se incluye la cobertura de los siguientes servicios de beneficios. • Examen bucal • Profilaxis (limpieza) • Tratamiento con flúor • Radiografías dentales • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia • Cirugía oral/maxilofacial • Servicios generales complementarios Visite ProminenceMedicare.com/dental o llame a Servicios para miembros para encontrar a un dentista. **Además, el plan ofrece beneficios odontológicos opcionales** **Se describen los beneficios complementarios en la sección 2.2.**	coseguros ni deducibles. Los servicios dentales cubiertos por el plan no requieren copagos, coseguros ni deducibles. Debe utilizar la red de proveedores de FCL Dental.
Evaluación de depresión Cubrimos una evaluación de depresión por año. Esta evaluación debe realizarse en un centro de atención primaria donde se pueda brindar un tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.	La consulta anual para la evaluación de depresión no requiere coseguros, copagos ni deducibles.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si presenta cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta	Las pruebas de detección de diabetes cubiertas por

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
(hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	Medicare no requieren coseguros, copagos ni deducibles.

Instrucción para el autocontrol de la diabetes, servicios e insumos para diabéticos
 	
Para todas las personas que tienen diabetes (pacientes que necesitan insulina y aquellos que no). Los servicios cubiertos incluyen:
 	
• Insumos para controlar los niveles de glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para glucosa en sangre, dispositivos de punción para lancetas y lancetas, así como soluciones para el control de glucosa que permitan verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores.
  ○ Los únicos monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas cubiertos son de la marca CONTOUR® fabricados por Ascensia Diabetes Care. No se requiere autorización, a menos que se solicite una cantidad mayor a 150 tiras por suministro para 30 días.
  ○ Todos los suministros para el monitoreo continuo de glucosa requieren una autorización previa. Los únicos productos cubiertos son de la marca FREESTYLE LIBRE® fabricados por Abbott Diabetes Care, Inc.
  ○ Las marcas alternativas de suministros para el control de la diabetes requieren una autorización previa por necesidad médica.
  ○ La cobertura se limita a un medidor o monitor continuo de glucosa cada 365 días.
• Para personas con diabetes que padecen la enfermedad del pie diabético en estado grave: Un par de zapatos hechos a medida por año calendario (plantillas
	Usted paga $0 de copago por los suministros para el control de la diabetes.
	
	Usted paga $0 de copago por zapatos terapéuticos, plantillas y aparatos ortopédicos.
	
	Usted paga $0 de copago por la instrucción para el autocontrol de la diabetes.
	
	Los insumos para el control de la diabetes, dispositivos ortopédicos de pies y zapatos terapéuticos, plantillas y aparatos ortopédicos requieren una autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
incluidas) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (no incluyen las plantillas extraíbles comunes que vienen con estos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La instrucción para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	
Equipo médico duradero (DME) e insumos relacionados Si desea saber la definición de equipo médico duradero, consulte el capítulo 12, así como la sección 7 del capítulo 3 de este documento. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital que son ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivo generador de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME que se consideren necesarios desde el punto de vista médico cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en el área no dispone de una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si podría pedirlo de manera especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.prominencemedicare.com. Por lo general, Prominence Extra Help HMO cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes que aparecen en esta lista. No cubriremos ningunas otras marcas ni fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que determinada marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en Prominence Extra Help HMO y está utilizando una marca de DME que no figura en nuestra lista, seguiremos cubriéndole esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este tiempo, debe hablar con su médico para decidir qué marca se considera adecuada para usted desde el punto de vista médico al cabo de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que le recomiende una segunda opinión).	Usted paga $0 de copago del costo total. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 0 % cada mes. Este costo compartido no sufrirá modificaciones si continúa inscrito durante el período de 36 meses. Se requiere autorización previa para todos los artículos DME que tengan un precio de compra superior a $1,000 o $75 por mes, si son alquilados.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión adoptada por su proveedor acerca de qué producto o marca es adecuado para su afección médica. Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el capítulo 7: *Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos*).	
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que: • son brindados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia; y • son necesarios para evaluar o estabilizar un cuadro médico de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona prudente, que posee conocimientos prácticos y promedios de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata con el fin de preservar la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de funcionalidad de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se está agravando rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia que se consideran necesarios y se brindaron fuera de la red son los mismos a que si dichos servicios se prestaran dentro de la red. **Atención de emergencia a nivel mundial*** Se proporciona cobertura para la atención de emergencia que reciba en cualquier parte del mundo. (A nivel mundial se refiere a la atención de emergencia que reciba fuera de los Estados Unidos y sus territorios).	Usted paga un copago de $140 por consulta en el centro de emergencia. Usted no tiene la obligación de pagar el copago correspondiente a la sala de emergencias si lo admiten como paciente hospitalizado debido a la misma afección en un plazo de 3 días posteriores de la visita a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita cuidados de hospitalización después de que se estabilice su afección de emergencia, debe tener autorizados por el plan sus cuidados de hospitalización en el hospital fuera de la red y su costo es la repartición de costos que pagaría en un hospital de la red. Sin embargo, una vez que haya pasado la emergencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
	Atención de emergencia a nivel mundial Usted debe pagar $125 de copago por consulta. Se aplica el monto máximo de cobertura anual de $25,000 para los servicios de emergencia y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Este beneficio no incluye aquellos procedimientos planificados. No está obligado a pagar el copago correspondiente al uso de la sala de emergencias si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado.
Tarjeta de beneficios adicionales Los beneficios de servicios y artículos de venta libre se limitan a través de la tarjeta OTC de la red. Si utiliza esta tarjeta para comprar artículos aprobados por Medicare, debe pagar en el punto de servicio. Comuníquese con el plan para obtener instrucciones específicas para usar este beneficio. Llame a Servicios para miembros al 1-855-969-5882. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o visitar nuestro sitio web www.prominencemedicare.com	Usted recibe $120 de asignación mensual para suministros y medicamentos de venta libre (OTC), comida sana y servicios públicos (electricidad y agua).
Acceso a Prominence Fitness y al gimnasio Prominence Medicare Advantage ofrece a los miembros acceso a una red de centros de fitness y gimnasios en nuestras áreas de servicio. Puede obtener más información en ProminenceMedicare.com/living-healthy Para obtener más información sobre cómo inscribirse para este beneficio, comuníquese con Servicios para Miembros. El uso de su Beneficio de Fitness sirve como su consentimiento para que la información se comparta con nuestros socios y proveedores de la red de gimnasios/centros de fitness. Los centros y las cadenas de acondicionamiento físico participantes pueden variar	Copago de $0.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
según la ubicación y están sujetos a cambios.	
Servicios audiológicos Las evaluaciones audiológicas y de equilibrio con fines de diagnóstico realizadas por su proveedor de atención primaria para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria; si las brinda un médico, un audiólogo u otro proveedor acreditado. **Exámenes auditivos de rutina** **Audífonos*** Nuestro plan paga hasta una asignación máxima cada año para la compra de un audífono. El monto de los gastos de bolsillo del miembro por audífono varía según el nivel de tecnología seleccionado. Los miembros deben adquirir los audífonos de Hearing Care Solutions. La compra de audífonos incluye: • Prueba de audición anual gratuita. • Garantía total de 3 años, incluida la cobertura por pérdida, daños y reparación. • Suministro de baterías por 2 años, hasta 64 células por audífono, al año. • Un periodo de evaluación de 60 días. • Servicio de seguimiento gratuito por parte del proveedor original durante 1 año. Servicios profesionales, que incluyen pruebas, ajustes, programación y asistencia.	Usted paga un copago de $0 para las pruebas de diagnóstico de la audición. Usted paga $0 de copago por las pruebas de audición de rutina. Usted paga $0 de copago por el ajuste y la evaluación de los audífonos Asignación máxima anual de $600 por oído. Los gastos de bolsillo que debe pagar un miembro por audífono varían según el nivel de tecnología que este elija. El copago correspondiente a la tecnología de nivel 1 es $0 y el copago máximo es de $1,725. Las citas deben programarse a través de Hearing Care Solutions.
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de contraer una infección por VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres gestantes, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	La prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare no requiere coseguros, copagos ni deducibles por parte de los miembros elegibles.
Comidas con reparto a domicilio Inmediatamente después de una cirugía u hospitalización. Puede calificar para hasta 42 comidas que se le entreguen en un período de 14 días, dependiendo de su necesidad.	Usted paga un copago de $0. Estos servicios requieren una autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
Agencia de atención médica domiciliaria Antes de que pueda recibir servicios de atención médica en el hogar, un médico está obligado a certificar su necesidad de recibir servicios de atención médica domiciliaria y solicitar que se le brinden servicios domiciliarios para el cuidado de la salud a través de una agencia de atención médica domiciliaria. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa demanda un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y auxiliares para el cuidado de la salud en el hogar de medio tiempo o intermitentes. Con el fin de estar cubierto por el beneficio de atención médica domiciliaria, la combinación de los servicios de enfermería especializada y los auxiliares para el cuidado de la salud en el hogar deberán tener un total que no supere las 8 horas diarias y las 35 horas semanales. • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos e insumos médicos.	Usted paga un copago de $0. Es posible que los servicios requieran una autorización previa.
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un paciente en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de conformidad con el plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para dicha terapia,	Copago de $0 Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	
Cuidados de hospicio Usted es elegible para el beneficio de cuidados de hospicio cuando el médico y el director médico de cuidados de hospicio le proporcionen un pronóstico que certifique que se encuentra en fase terminal y con 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue el curso esperado. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare. El plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene intereses financieros. Su médico de cuidados de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar los síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención domiciliaria. Cuando sea admitido en el centro de cuidados de hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan. Si decide permanecer en el plan, debe continuar pagando las primas de dicho plan. <u>Para los servicios de cuidados de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que estén relacionados con su pronóstico de fase terminal</u>: Original Medicare, en lugar de nuestro plan, pagará a su proveedor de cuidados de hospicio por los servicios de cuidados hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B que esté relacionado con su pronóstico de fase terminal. Mientras continúe en el programa de cuidados de hospicio, el proveedor de cuidados de hospicio le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga. Se le facturarán a usted los costos compartidos de Original Medicare.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico de fase terminal serán asumidos por Original Medicare y no por Prominence Extra Help HMO.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
Para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico de fase terminal: Si necesita servicios que no se consideran de emergencia ni de urgencia, que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios está sujeto a que use un proveedor de la red de nuestro plan o no y a que siga las reglas del plan (por ejemplo, si se requiere obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos a través de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtenerlos, usted solo paga el monto del costo compartido del plan para los servicios de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el monto correspondiente al costo compartido de acuerdo con la tarifa por servicio de Medicare (Original Medicare). Para servicios cubiertos por Prominence Extra Help HMO, pero sin cobertura de la Parte A ni la Parte B de Medicare: Prominence Extra Help HMO continuará proporcionando la cobertura de los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A ni la Parte B, independientemente de que estén o no relacionados con su pronóstico de fase terminal. Usted paga el monto correspondiente a los costos compartidos del plan por estos servicios. Medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección en etapa terminal por la que recibe cuidados de hospicio, usted paga el monto de costos compartidos. Si están relacionados con los cuidados de hospicio debido a su afección en fase terminal, usted paga los costos compartidos establecidos por Original Medicare. El programa de cuidados de hospicio y nuestro plan nunca cubren los medicamentos al mismo tiempo. Si desea obtener información adicional, consulte la sección 9.4 del capítulo 5: *(¿Qué sucede si se encuentra en un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare?)*. **Nota:** Si necesita otro tipo de cuidados que no estén relacionados con su pronóstico de fase terminal, es decir,	

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
que no sean cuidados de hospicio, comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la influenza o gripe, cada vez que haya temporada de gripe o influenza en el otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la influenza o la gripe, si se considera necesario desde el punto de vista médico • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si usted presenta algún riesgo y si cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos de conformidad con el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8, para obtener información adicional.	No es necesario un coseguro, copago ni deducible para la vacuna contra la neumonía, así como tampoco para las vacunas contra la influenza/gripe, hepatitis B y COVID 19.
Evaluación de las condiciones de seguridad en el hogar La evaluación de las condiciones de seguridad en el hogar para identificar o eliminar los peligros potenciales será realizada por un profesional con licencia coordinado por el plan.	Usted paga $0 por una evaluación anual de las condiciones de seguridad en el hogar. Se requiere la coordinación y autorización por parte del plan.
Cuidados de hospitalización Incluye hospitalización para atención aguda, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención del paciente hospitalizado comienza el día en que ingresa formalmente al hospital, es decir, cuenta con una orden médica. El día previo a recibir el alta médica será el último día de hospitalización.	Nivel 1: Copago de $0 por día. Nivel 2: Días 1 a 5: copago de $50 por día. Días 6 a 90: copago de $0

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada o una habitación privada, si se considera necesario desde el punto de vista médico. • Comidas, incluso dietas especiales. • Servicios habituales de enfermería. • Costos de unidades de atención especial, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios. • Fármacos y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Insumos quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos por uso de quirófano y sala de recuperación. • Terapia física, ocupacional, del habla y del lenguaje. • Servicios de hospitalización por el consumo excesivo de sustancias. • En determinadas situaciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, simultáneo de páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, simultáneo de corazón y pulmón, médula ósea, células madre y simultáneo intestinal y multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Si Prominence Extra Help HMO proporciona servicios de trasplantes en un centro alejado fuera de la ruta de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige que le realicen el trasplante en dicho centro alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura por sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite; usted deberá pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o la sangre donada deberá ser aportada por usted mismo u otra persona. Todos los demás componentes de sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta de sangre que se use. • Servicios médicos.	por día. En cada hospitalización, usted tendrá cobertura para períodos de beneficios específicos. Cada hospitalización se administra y cubre de acuerdo con las normas del plan y debe coincidir con los copagos correspondientes a una hospitalización cubierta por Medicare. La Parte A de Medicare cubre hasta 90 días de hospitalización que se considere necesaria desde el punto de vista médico por cada período de beneficios. Medicare también cubre hasta 60 días de reserva vitalicia adicionales. Si bien se ofrecen 90 días por cada período de beneficios, los 60 días de reserva vitalicia se pueden usar solo una vez durante la vida del beneficiario. El número de períodos de beneficios es ilimitado. Los costos compartidos se cobran por cada hospitalización. Si se le autoriza la atención como paciente hospitalizado fuera de la red después de que se estabilice su afección de emergencia, su costo equivaldrá al costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
Nota: Para considerarse un paciente hospitalizado, el proveedor deberá escribir una orden para su admisión formal en el hospital. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aun así, se le podría considerar como un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare que se denomina *¿Es usted un paciente ambulatorio u hospitalizado? Si tiene Medicare: ¡Pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números, sin costo alguno, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	red. **Estos servicios requieren una autorización previa.**
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieran un período de hospitalización. También puede ser elegible para usar los días de reserva vitalicia cubiertos por Medicare; estos días se utilizan si la hospitalización para recibir servicios de salud mental dura más de 90 días por período de beneficios. Para hospitalizaciones por motivos de atención de salud mental, su médico debe notificar al plan cuando sea admitido. • Existe un límite de 190 días, durante la vida del miembro para servicios de pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a servicios de salud mental prestados en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • Servicios de hospitalización por el consumo excesivo de sustancias.	Usted paga un copago de $0 diarios por 1 a 5 días. $0 por día, los días 6 al 90 por hospitalizaciones para servicios de salud mental. Para hospitalizaciones de atención de salud mental como paciente hospitalizado, su médico debe notificar al plan cuando sea admitido. Para el uso de los días de reserva vitalicia cubiertos por Medicare, utilizados si la hospitalización para servicios de salud mental dura más de 90 días, por período de beneficios, usted paga el copago de $0 diarios, por los días 91 a 95;

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
	$0 diarios, por los días 96 a 190, que incluyen los 40 días adicionales de reserva vitalicia. Medicare cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días adicionales por servicios psiquiátricos se ofrecen una vez durante la vida del beneficiario. No se podrá realizar un pago por más de un total de 190 días de atención psiquiátrica como paciente internado en un hospital psiquiátrico independiente durante la vida del paciente. Estos servicios requieren una autorización previa.
Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (skilled nursing facilities, SNF) durante un período de hospitalización sin cobertura. Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la hospitalización no es justificable ni necesaria, no cubriremos el período de hospitalización. No obstante, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico, como análisis de laboratorio. • Radiografías, uso terapéutico del radio y radioisótopos, incluido los materiales y servicios del auxiliar. • Apósitos quirúrgicos. • Tablillas, yesos y otros aparatos empleados para disminuir las fracturas y dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortopédicos (excluyendo los dentales) que reemplacen la totalidad o parte de un	Los servicios enumerados continuarán cubiertos según los montos de costos compartidos que se muestran en la tabla de beneficios para el servicio específico. Para suministros médicos cubiertos por Medicare, incluidos yesos y tablillas, usted paga el monto correspondiente a los costos compartidos en el lugar donde se proporciona el servicio específico. Consulte los servicios de

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) o la totalidad o parte del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperable o con un funcionamiento deficiente, incluido el reemplazo o reparación de tales dispositivos. • Férula de pierna, brazo, espalda y cuello, bragueros, pierna y brazo ortopédico, prótesis ocular, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a una rotura, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente. • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional.	hospitalización y centros de enfermería especializada (SNF) para conocer los costos compartidos y los períodos de beneficios.
Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (sin diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo ordena su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de consejería personalizada durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica conforme a Medicare y 2 horas cada año después de eso. Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.	Los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare no requieren coseguros, copagos ni deducibles por parte de los miembros elegibles.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) serán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare conforme a todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de salud para cambios conductuales que ofrece educación práctica en cambios de la alimentación a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	El beneficio de MDPP no requiere coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que por lo general no son autoadministrados por el paciente y se inyectan o se administran mediante infusión mientras usted recibe servicios de un médico, servicios como paciente ambulatorio en un hospital o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria desde el punto de vista médico). • Otros medicamentos que tome usando un equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) que fueron autorizados por el plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (su nombre genérico es lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exámenes y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría aumentar sus costos generales. Consulte con su médico acerca de los exámenes y las pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento • Factores de coagulación para que se aplique usted mismo el inyectable, si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores o de trasplante: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si está confinado en su hogar, tiene una fractura de huesos que el médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un	Usted paga el 20 % del costo total por los medicamentos de quimioterapia y radioterapia de la Parte B. Usted paga el 20 % del costo por otros medicamentos de la Parte B. Los costos compartidos de la insulina están sujetos a un límite de copago de $35 por el suministro de un mes de insulina y no se aplican deducibles por la categoría de servicio o el nivel de plan. Se requiere autorización previa, incluido el tratamiento escalonado, para todos los medicamentos de la Parte B con un costo superior a $100.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hará • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamentos intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio ESRD de la Parte B lo cubre • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de la ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Algunos medicamentos para el tratamiento de diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto contra la heparina cuando se considere necesario desde el punto de vista médico, anestésicos de uso tópico • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si padece la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.	

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
• Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a un tratamiento escalonado: https://prominencemedicare.com/get-care/prescription-drugs-part-d/prescription-forms-and-resources/ También cubrimos algunas vacunas bajo nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. En el capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que deberá seguir para que las recetas estén cubiertas. En el capítulo 6 se explica el monto que paga por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.	
Evaluación de obesidad y tratamiento para mantener el peso perdido Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos la asesoría intensiva para ayudarle a perder peso. Esta asesoría tiene cobertura si consigue hacerlo en un centro de atención primaria, donde se pueda coordinar con su plan integral de prevención. Hable con el médico de atención primaria o con el profesional de la salud para obtener más información.	La evaluación preventiva de obesidad y tratamiento no requieren copagos, coseguros ni deducibles.
Servicios del Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides Los miembros de nuestro plan que padecen el trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar dicho trastorno a través de un Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides (opioid treatment program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas de opioides aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA). • Dispensación y administración de medicamentos	Copago de $0 por servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
MAT (si corresponde). • Asesoramiento para consumo excesivo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Análisis toxicológicos. • Actividades al momento del ingreso. • Evaluaciones periódicas.	
Pruebas de diagnóstico y servicios e insumos terapéuticos ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías. • Radioterapia (radioterapia e isótopos), incluidos los materiales y los suministros del técnico. • Insumos quirúrgicos, como vendajes. • Tablillas, yesos y otros aparatos empleados para disminuir las fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura por sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite; usted deberá pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o la sangre donada deberá ser aportada por usted mismo u otra persona. Todos los demás componentes de sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta de sangre. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorio.	Usted paga un copago de $0 por procedimientos o pruebas de diagnóstico Usted paga un copago de $0 por servicios de análisis de laboratorio. Usted paga un copago de $0 por servicios de radiología de diagnóstico, como resonancias magnéticas o tomografías computarizadas. Usted paga un copago de $0 por radiografías para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de $0 por servicios de transfusión de sangre. Usted paga un copago de $20 por los servicios de tratamiento radiológico, como radioterapia para tratar el cáncer. Es posible que los servicios requieran una autorización previa.
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son aquellos servicios	Usted paga un copago de $0 por hospitalización.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
hospitalarios prestados a pacientes ambulatorios para determinar si usted requiere hospitalización o puede ser dado de alta. Con el fin de que los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios sean cubiertos, estos deben cumplir con los criterios de Medicare, ser considerados justificables y necesarios. Los servicios de observación son cubiertos únicamente cuando se brindan por indicación médica o de otro profesional autorizado según una certificación estatal, establecida por ley, y en cumplimiento con el reglamento del personal hospitalario para el ingreso de pacientes al hospital o la solicitud de pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor indique por escrito su hospitalización, usted será considerado un paciente ambulatorio y, por lo tanto, deberá pagar los montos de los costos compartidos correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aun así, se le podría considerar como un paciente ambulatorio. Si no tuviera la certeza de ser un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare que se denomina *¿Es usted un paciente ambulatorio u hospitalizado? Si tiene Medicare: ¡Pregunte!* Esta hoja informativa se encuentra disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números, sin costo alguno, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Estos servicios requieren una autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios que se consideren necesarios desde el punto de vista médico que reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios prestados en un Departamento de Emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o de cirugía ambulatoria.	Usted paga un copago de $0 por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de $0 por todos los servicios que recibe durante la atención de observación. Se requiere autorización

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
• Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, siempre y cuando un médico certifique que sin dicha atención se requeriría de un tratamiento bajo hospitalización total. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como tablillas y yesos. • Determinados medicamentos y biofármacos que no puede administrarse a sí mismo. **Nota:** A menos que el proveedor indique por escrito su hospitalización, usted será considerado un paciente ambulatorio y, por lo tanto, deberá pagar los montos de los costos compartidos correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aun así, se le podría considerar como un paciente ambulatorio. Si no tuviera la certeza de ser un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare que se denomina *¿Es usted un paciente ambulatorio u hospitalizado? Si tiene Medicare: ¡Pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números, sin costo alguno, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	previa para servicios ambulatorios, de observación y servicios en centros quirúrgicos ambulatorios.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de atención de la salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico licenciados por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional licenciado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta de pareja y familiar licenciado (licensed marriage and family therapist, LMFT), personal de enfermería especializado	Usted paga un copago de $0 por consulta de terapia individual y grupal. Es posible que se requiera autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
(NP), médico asistente (PA) u otro profesional de atención de la salud mental con licencia estatal calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales vigentes.	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: terapia física, ocupacional y del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en varios ámbitos ambulatorios, como departamento de atención ambulatoria de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	Copago de $0 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de $0 por cada consulta de terapia física o del habla cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa si se realizan más de 12 consultas al año.
Servicios ambulatorios por el consumo excesivo de sustancias Servicios ambulatorios de tratamiento por consumo excesivo de sustancias proporcionados al paciente en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o centro de atención ambulatoria: • Quienes han sido dados de alta de una hospitalización por tratamiento de consumo excesivo de sustancias farmacológicas; o • Quienes requieren tratamiento, pero no necesitan la disponibilidad e intensidad de los servicios que únicamente se encuentran en el ámbito hospitalario.	Usted paga un copago de $0 por consulta de terapia individual y grupal. Los servicios ambulatorios por consumo excesivo de sustancias proporcionados en un establecimiento requieren autorización previa. Es posible que los servicios requieran una autorización previa.
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios proporcionados en establecimientos hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un establecimiento hospitalario, debe consultar con su proveedor si requerirá hospitalización o atención ambulatoria. A menos que el	No es necesario un copago para el resto de las cirugías ambulatorias. Estos servicios requieren una autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
proveedor indique por escrito que necesita la hospitalización, usted será considerado un paciente ambulatorio y, por lo tanto, deberá pagar los montos de los costos compartidos correspondientes a la cirugía ambulatoria. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aun así, se le podría considerar como un paciente *ambulatorio*.	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio en un hospital o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (licensed marriage and family therapist's, LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización. *El servicio intensivo para pacientes ambulatorios* es un programa estructurado de terapia de salud conductual (mental) activa proporcionado en el departamento de atención ambulatoria de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud certificado a nivel federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (licensed marriage and family therapist's, LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Usted paga un copago de $0 por los servicios de hospitalización parcial. Es posible que los servicios requieran una autorización previa.
Servicios brindados por médicos y otros profesionales de la salud, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos o quirúrgicos que se consideren necesarios desde el punto de vista médico, brindados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento de atención ambulatoria de un hospital o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes básicos de la audición y del equilibrio	Usted paga un copago de $0 por los servicios del médico de atención primaria. Usted paga un copago de $5 por consulta, por los servicios de especialistas. Usted paga un copago de $0 por consulta por los servicios de un especialista en endocrinología y

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
realizados por su PCP, si su médico los indica para saber si usted necesita tratamiento médico. • Algunos servicios de telesalud, incluidos los servicios prestados por el médico de atención primaria y sesiones individuales para servicios de especialidad en salud mental. o Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios proporcionados por telesalud, deberá utilizar un proveedor de la red que ofrezca dicho servicio por telesalud. o Visite la página de registro de Teladoc (https://www.teladoc.com) y proporcione la información requerida. También puede llamar a Teladoc al 1-800-TELADOC (835-2362). • Algunos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por un médico o profesional de la salud para pacientes de ciertas zonas rurales o que viven en otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales de miembros que padezcan la enfermedad renal en etapa terminal y lleven el tratamiento de diálisis en un centro de diálisis de un hospital, un centro de diálisis renal de un hospital rural, un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o trastorno de salud mental concomitante, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental siempre y cuando: o Tenga una consulta presencial dentro de los 6 meses previos a su primera consulta de telesalud. o Tenga una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe dichos servicios de	cardiología. Usted paga un copago de $0 por servicios de telesalud Los servicios de especialistas pueden requerir autorización previa y derivaciones.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en el caso de circunstancias determinadas. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionadas por clínicas de salud rural y centros de salud acreditados a nivel federal • Consultas virtuales, por teléfono o videoconferencia, con el médico durante 5 a 10 minutos **siempre y cuando**: ○ No sea un paciente nuevo; **y** ○ la consulta virtual no esté relacionada con una visita realizada al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ la consulta virtual no termine en una visita al consultorio en las próximas 24 horas ni en una cita médica programada a la brevedad posible. • La evaluación de videos o imágenes que le envía a su médico y la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas **siempre y cuando**: ○ No sea un paciente nuevo; **y** ○ La evaluación no está relacionada con una visita realizada al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ la evaluación no termine en una visita al consultorio en las próximas 24 horas ni en cita médica programada a la brevedad posible. • Las consultas que el médico realiza con sus pares por teléfono, videoconferencia o a través de su registro médico electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, ajuste de fracturas de la mandíbula o huesos del rostro, extracción de piezas dentales para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación en caso de enfermedad neoplásica maligna, o servicios que serían cubiertos si los proporcionara un médico).	

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico para lesiones y enfermedades de los pies, como dedo del pie en martillo o espolón calcáneo. • Cuidado rutinario de los pies para miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores. Limitado a 12 consultas al año	Usted paga un copago de $0 por los servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de $5 por los servicios de podiatría de rutina. Los servicios pueden requerir autorización previa.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, una vez cada 12 meses, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Examen digital rectal. • Prueba de antígeno prostático específico (PSA).	La prueba anual de PSA no requiere coseguros, copagos ni deducibles.
Dispositivos protésicos y ortésicos e insumos relacionados Dispositivos, aparte de los dentales, que reemplacen total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como: bolsas e insumos de colostomía para uso en los cuidados de una colostomía, marcapasos, férulas ortopédicas, zapatos ortopédicos, prótesis ortopédicas y prótesis de seno, incluido un sujetador quirúrgico después de una mastectomía. Incluye determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortésicos o la reparación y el reemplazo de estos. También incluye alguna cobertura después de la eliminación de cataratas o cirugía de cataratas: consulte **Atención oftalmológica** más adelante en esta sección para conocer más detalles.	Usted paga un copago de $0. Se requiere autorización previa para todos los suministros médicos/prótesis que tengan un precio de compra superior a $1000 o $75 por mes, si son alquilados.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que sufren la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), ya sea en etapa moderada o extremadamente grave, y una indicación por parte del médico tratante de esta enfermedad respiratoria	Usted paga un copago de $0 por consulta. Es posible que los servicios

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
crónica para un programa de rehabilitación pulmonar.	requieran una autorización previa.
Control y apoyo psicológico para disminuir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una prueba de evaluación para el consumo indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que, si bien abusan del alcohol, no llegan a ser dependientes. Si se somete a una prueba de evaluación y arroja un resultado positivo para el consumo indebido de alcohol, puede recibir hasta cuatro sesiones presenciales de apoyo psicológico por año, siempre que se encuentre en capacidad y en estado alerta durante las sesiones proporcionadas por un médico de atención primaria o un profesional de la salud calificado y en un entorno de atención primaria.	El beneficio preventivo de prueba de evaluación y apoyo psicológico para reducir el uso indebido de alcohol cubierto por Medicare no requiere coseguros, copagos ni deducibles.
Pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Para las personas que cumplan los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de dosis baja (low dose computed tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles incluyen**: personas de entre 50 y 77 años que no tengan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de consumo de tabaco de al menos 20 paquetes/año o que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden para una LDCT durante una asesoría de detección de cáncer de pulmón y una visita de toma de decisión compartida que cumpla con los criterios de Medicare para esas visitas y que puede proporcionar un médico o un profesional no médico calificado. *Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial:* el miembro deberá recibir una orden médica para la detección del cáncer de pulmón a través de una tomografía LDCT, que puede brindarse durante cualquier consulta con un médico u otro profesional no médico calificado. Si un médico u otro profesional no médico calificado decidiera brindar un	La consulta de asesoría y toma de decisión compartida o para LDCT cubierta por Medicare no requiere coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y una consulta relacionada con la toma de decisiones compartidas para pruebas posteriores de cáncer de pulmón mediante una tomografía LDCT, dicha consulta deberá cumplir con los criterios de Medicare correspondientes a este tipo de consultas.	
Prueba de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y determinadas personas con un mayor riesgo de sufrir una ITS cuando un proveedor de atención primaria indica que se realicen dichas pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones de asesoría conductual personalizada de alta intensidad de 20 a 30 minutos de duración cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Solo se cubrirán estas sesiones de asesoría como un servicio preventivo siempre que sean proporcionadas por un proveedor de atención primaria y tengan lugar en un entorno de atención primaria, como	El beneficio preventivo de la prueba de detección de ITS y la asesoría para ITS cubierto por Medicare no requiere coseguros, copagos ni deducibles.
Prueba de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para prevenirlas (continuación) un consultorio médico.	
Servicios para el tratamiento de una enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de charlas informativas sobre la enfermedad renal para hablar sobre los cuidados del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su atención médica. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV al ser derivados por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedad renal por la duración de la póliza.	Usted paga el 20 % del costo total por diálisis renal. Usted paga $0 de copago por los servicios educativos sobre la enfermedad renal. Es posible que los servicios requieran una autorización previa.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
• Tratamientos de diálisis ambulatoria, incluidos los tratamientos de diálisis si se encuentran fuera del área de servicio, como se explica en el capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o se encuentra inaccesible de forma temporal. • Tratamientos de diálisis hospitalaria, si se interna en un centro hospitalario donde reciba una atención especial. • Capacitación para autoadministrarse diálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipos e insumos para la diálisis en el hogar. • Determinados servicios de apoyo en el hogar, cuando sea necesario, como visitas por parte del personal especializado en servicios de diálisis para verificar su tratamiento en el hogar, ayudar en casos de emergencia y para verificar el equipo de diálisis y el suministro de agua. Algunos medicamentos para la diálisis están cubiertos mediante el beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, vaya a la sección titulada **Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare**.	
Atención médica en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de "atención médica en un centro de enfermería especializada", consulte el capítulo 12 de este documento. A los centros de enfermería especializada a veces los denominamos "SNF"). Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada o una habitación privada, si se considera necesario desde el punto de vista médico. • Alimentación, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención médica. Esto incluye las sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los	Usted paga un copago de $0 por día para los días 1 al 20. Usted paga un copago de $50 por día para los días 21 al 100. Usted paga el 100 % del costo total por los días 101 o posteriores por cada período de beneficios elegible. Los copagos de los beneficios hospitalarios y de los centros de enfermería

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
factores de coagulación de la sangre. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura por sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solamente a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite; usted deberá pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o la sangre donada deberá ser aportada por usted mismo u otra persona. Todos los demás componentes de sangre están cubiertos comenzando con la primera pinta de sangre que se use. • Insumos médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF. • Análisis de laboratorio proporcionados normalmente por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología proporcionados normalmente por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por los SNF. • Servicios brindados por médicos y otros profesionales de la salud Por lo general, recibirá la atención médica en un SNF perteneciente a la red. Sin embargo, bajo determinadas condiciones que enumeramos a continuación, puede pagar los costos compartidos dentro de la red por un centro que no sea parte de la red, si es que dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad para adultos mayores con asistencia continua donde vivía justo antes de hospitalizarse, siempre que le proporcionen atención como centro de enfermería especializada. • Un SNF donde esté viviendo su cónyuge o su pareja de hecho al momento en que usted abandona el hospital.	especializada (SNF) se aplican según los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que autorizan su hospitalización y termina cuando no ha recibido ninguna atención hospitalaria, o atención especializada en un SNF, durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o un SNF una vez que ha finalizado un período de beneficios, se iniciará un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado. Estos servicios requieren una autorización previa.
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (terapia para dejar de fumar o consumir tabaco) Si usted consume productos de tabaco, pero no presenta señales o síntomas de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco: cubrimos dos intentos de terapia para dejar de fumar, como servicio preventivo, dentro de un período de 12 meses y sin costo alguno para usted. Cada intento de terapia incluye hasta cuatro consultas	Los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare no requieren coseguros, copagos ni deducibles.

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
presenciales. Si usted consume productos de tabaco y ha sido diagnosticado con alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o está tomando medicamentos que pudieran ser afectados por el tabaco: cubrimos servicios de terapia para dejar de fumar. Si bien cubrimos dos intentos de terapia para dejar de fumar en un período de 12 meses, usted tendrá que pagar los costos compartidos correspondientes. Cada intento de terapia incluye hasta cuatro consultas presenciales.	
Terapia de ejercicios bajo supervisión (SET) La terapia SET está cubierta para aquellos miembros que padecen una arteriopatía periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y tienen una derivación del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET deberá: • Consistir en sesiones con una duración 30 a 60 minutos e incluir un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con marcha claudicante. • Ser realizado en un ámbito hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico. • Ser impartido por personal auxiliar calificado, necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que estén capacitados en terapia de ejercicios para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o personal de enfermería profesional/especialista en enfermería clínica capacitados en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. Ofrecemos cobertura para más de 36 sesiones del programa SET en un período de 12 semanas y por otras 36 sesiones durante un período prolongado, siempre que	Usted paga un copago de $0 por consulta. Es posible que los servicios requieran una autorización previa.
Terapia de ejercicios bajo supervisión (SET)	

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
(continuación) un proveedor de atención médica lo considere necesario desde el punto de vista médico.	
Transporte El uso del transporte está cubierto a destinos relacionados con la salud y debidamente aprobados por el plan. Incluye taxis, servicios de transporte compartido, camionetas y transporte médico. Programar los viajes con 72 horas de anticipación.	48 viajes de ida disponibles por año. Pueden aplicarse límites de millaje. Se requiere autorización previa
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, y no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir servicios que se necesitan con urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentemente necesarias, incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.	Usted paga un copago de $0 por consulta. No está obligado a pagar el copago de los servicios de atención de urgencia si lo admiten como paciente hospitalizado debido a la misma afección en un plazo de 3 días posteriores a la consulta de atención de urgencia. <u>Servicios de urgencia: cobertura a nivel mundial</u> Usted paga un copago de $0 por consulta. Se aplica el monto máximo de cobertura anual de $25,000 para los servicios de emergencia y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Este beneficio no incluye aquellos procedimientos planificados. No está obligado a pagar el

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
	copago de los servicios de atención de urgencia si lo admiten como paciente hospitalizado debido a la misma afección en un plazo de 3 días. Sin embargo, una vez que haya pasado la urgencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua.
Atención oftalmológica Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos para pacientes ambulatorios con fines de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular ocasionada por la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones del ojo) para anteojos/lentes de contacto. • Para personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Entre estas personas se encuentran: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más, y estadounidenses con ascendencia hispana de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección para retinopatía diabética está cubierta una vez por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). **Atención rutinaria de la vista*** • Tiene una asignación de $200.00 al año para anteojos (monturas y lentes) o un par de lentes de contacto. • Debe usar la red de proveedores de la vista de National Vision Administrators (NVA) de optometristas y minoristas.	Usted paga un copago de $0 por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oftalmológicas. Usted paga un copago de $0 por una prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare anualmente. Usted paga un copago de $0 por una prueba de detección de retinopatía diabética por año. Usted paga un copago de $0 por los anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Atención rutinaria de la

Servicios cubiertos para usted	Monto que deberá pagar al momento de recibir los servicios
	vista* Usted paga $0 de copago por un examen de la vista de rutina, hasta 1 por año. Usted paga $0 de copago por un examen ocular de retina
Consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare". El plan cubre la consulta preventiva de **Bienvenido a Medicare** que se realiza una sola vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como información educativa y asesoría sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y derivaciones para otra atención médica, si fuese necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de **"Bienvenido a Medicare"** solo dentro de los primeros 12 meses que usted acceda a la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, comuníquese con el consultorio del médico para informar su interés en la consulta preventiva de **"Bienvenido a Medicare"**.	No requieren coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de *Bienvenido a Medicare*.

Sección 2.2 Beneficios complementarios opcionales adicionales que puede adquirir

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y que no se incluyen en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se denominan **beneficios complementarios opcionales.** Si desea obtener estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse y es posible que tenga que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en la siguiente tabla están sujetos al mismo proceso de apelaciones que los demás beneficios.

Plan dental complementario opcional: hasta una asignación anual total de $7,500 a través de los proveedores de FCL Dental.

Monto de la prima mensual: $44.00

El copago es de $0 para servicios de beneficios cubiertos.

- Examen bucal
- Profilaxis (limpieza)
- Tratamiento con flúor
- Radiografías dentales
- Servicios de restauración
- Endodoncia
- Periodoncia
- Prostodoncia (cobertura de implante: límite de 2)
- Cirugía oral/maxilofacial
- Servicios generales complementarios

Los beneficios complementarios opcionales son beneficios que no están cubiertos por la Parte A, la Parte B o la Parte D, pero se ofrecen de manera uniforme a todos los miembros. Los miembros pueden elegir pagar un monto adicional para recibir cobertura conforme al beneficio complementario opcional. El beneficio complementario opcional es pagado directamente por el miembro o en nombre de este mediante una prima adicional y costos compartidos. Existe la posibilidad de que los descuentos en dólares no se apliquen a los beneficios complementarios opcionales, si corresponde.

Plazo de la inscripción: La participación en nuestro plan dental complementario opcional requiere la membresía en el Prominence Health Plan. Las personas pueden solicitar la inscripción en estos beneficios complementarios opcionales al unirse al Prominence Health Plan. Los miembros existentes también tienen la oportunidad de inscribirse en el plan dental opcional. Las solicitudes para estos beneficios se pueden enviar durante el período de inscripción anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre, y la cobertura comienza el 1 de enero del año siguiente. Además, los nuevos miembros que se inscriban durante el año de beneficios actual son elegibles para unirse al plan dental complementario opcional, y la cobertura comienza el primer día del mes siguiente.

Una solicitud de cancelación de la inscripción al plan dental complementario opcional presentada antes del último día del mes entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si la solicitud de cancelación de la inscripción se envía después del último día del mes actual, los miembros serán responsables del pago de la prima del plan de beneficios complementarios opcionales para el mes siguiente. Es importante tener en cuenta que la cancelación de la inscripción en nuestro plan dental complementario opcional no implicará la cancelación de la inscripción en su plan de salud. La prima del primer mes del plan dental complementario opcional se facturará a los miembros. Para cualquier cambio relacionado con los pagos de primas que no se hayan proporcionado en la solicitud de inscripción inicial, los miembros deben comunicarse con el Servicio para miembros al 855-969-5882. El incumplimiento del pago de las primas del plan dental complementario opcional no dará lugar a la cancelación de la inscripción en su plan de salud; sin embargo, perderá su plan de beneficios complementarios opcionales y volverá al plan dental básico y no podrá volver al beneficio complementario opcional hasta el próximo año calendario. Si decide cancelar su inscripción en Prominence Health Plan, también se cancelará automáticamente su inscripción en su plan dental complementario opcional.

Reembolsos: los miembros inscritos en nuestro Plan de beneficios complementarios opcionales tienen una prima mensual del plan y tienen derecho a un reembolso por cualquier pago en exceso de las primas del plan realizado durante el transcurso del año o al momento de la cancelación de la inscripción. Los pagos en exceso de las primas del Plan de beneficios complementarios opcionales se reembolsarán al solicitar la cancelación de la inscripción. Le reembolsaremos cualquier pago en exceso dentro de los 30 días hábiles posteriores a la notificación. Podemos aplicar su pago en exceso de las primas del plan de beneficios complementarios opcionales a las primas mensuales de su plan de salud, si las hubiera.

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

Sección 3.1 Servicios *sin* cobertura (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y los artículos que no están cubiertos bajo ninguna situación, o que están cubiertos únicamente bajo situaciones determinadas.

Si obtiene servicios excluidos (sin cobertura), usted debe pagar por ellos excepto bajo las situaciones específicas que enumeramos a continuación. Aun si recibiera los servicios excluidos en un establecimiento de atención de emergencias, dichos servicios seguirían sin cobertura y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción es cuando el servicio esté en un proceso de apelación y mediante la misma se decida que es un servicio médico por el que debimos haber

pagado o haber cubierto debido a su situación específica. Para obtener información acerca de cómo apelar una decisión que tomamos para no cubrir un servicio médico, consulte la sección 5.3 del capítulo 9 de este manual.

Servicios sin cobertura de Medicare	**Servicios sin cobertura bajo ninguna situación**	**Servicios con cobertura solo bajo situaciones específicas**
Acupuntura		• Disponible para las personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Servicios cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la funcionalidad de un miembro con malformaciones. • Servicios cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado con el fin de mostrar una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de atención continua o de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, aquella atención que lo ayuda en sus actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.	**Servicios sin cobertura bajo ninguna situación**	
Equipos, medicamentos y procedimientos quirúrgicos y médicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que		• Puede ser cubierto por Original Medicare a través de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.

Servicios sin cobertura de Medicare	Servicios sin cobertura bajo ninguna situación	Servicios con cobertura solo bajo situaciones específicas
Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		Consulte la sección 5 del capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica.
Tarifas cobradas por parte de sus familiares directos o miembros de su núcleo familiar por proporcionar cuidado.	**Servicios sin cobertura bajo ninguna situación**	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	**Servicios sin cobertura bajo ninguna situación**	
Comidas con reparto a domicilio		• Inmediatamente después de su hospitalización
Los servicios de ama de casa incluyen asistencia básica en el hogar, incluso el trabajo liviano de ama de casa o la preparación de comidas livianas.	**Servicios sin cobertura bajo ninguna situación**	
Servicios de naturopatía (que emplea tratamientos naturales o alternativos).	**Servicios sin cobertura bajo ninguna situación**	
Atención dental no rutinaria		• La atención dental necesaria para el tratamiento de una enfermedad o lesión puede ser cubierta como un servicio hospitalario o ambulatorio.
Zapatos o aparatos ortopédicos para pies.	**Dispositivos ortopédicos de pies independientes**	• Zapatos que forman parte de aparato ortopédico para pierna y están incluidos en el costo dicho aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o

Servicios sin cobertura de Medicare	Servicios sin cobertura bajo ninguna situación	Servicios con cobertura solo bajo situaciones específicas
		terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	**Servicios sin cobertura bajo ninguna situación**	
Habitación privada en un hospital.		• Tiene cobertura solo cuando se considera necesario desde el punto de vista médico.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.	**Servicios sin cobertura bajo ninguna situación**	
Atención quiropráctica de rutina		• Hasta un límite de 12 visitas anuales.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.		• Consulte la parte de beneficios de la sección 4 para obtener más detalles.
Exámenes rutinarios de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros aparatos para la vista disminuida.		• Un examen de la vista y un par de anteojos, o lentes de contacto, están cubiertos después de que una persona se sometió a una cirugía de cataratas. • Para obtener más detalles acerca de la atención oftalmológica de rutina, consulte el capítulo 4.
Atención podiátrica de rutina		• Se brinda una cobertura limitada de acuerdo con el

Servicios sin cobertura de Medicare	Servicios sin cobertura bajo ninguna situación	Servicios con cobertura solo bajo situaciones específicas
		reglamento de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para ajustar audífonos.		• Consulte la parte de beneficios de la sección 4 para obtener más detalles.
Servicios que se consideran no razonables y necesarios, según las normas de Original Medicare	**Servicios sin cobertura bajo ninguna situación**	

CAPÍTULO 5:
Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las reglas para usar la cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el capítulo 4 para obtener información sobre los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos utilizados durante los cuidados de hospicio.

Sección 1.1 Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

Por lo general, el plan cubrirá los medicamentos siempre que usted siga estas reglas básicas:

- Deberá tener un proveedor, puede ser un médico, dentista u otro profesional que emite recetas, que pueda emitirle una receta, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- El médico prescriptor no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, deberá usar una farmacia de la red para surtir la receta médica. Consulte la sección 2 de este capítulo. *O puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan*.)
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (denominada la “Lista de medicamentos” en forma abreviada). Consulte la sección 3 de este capítulo.
- Su medicamento debe usarse bajo indicación médica. La frase "bajo indicación médica" se refiere al uso del medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o está avalado por determinadas referencias. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de la cobertura.

SECCIÓN 2 Cómo surtir la receta en una farmacia de la red o a través del sistema de servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Cómo usar una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *sólo* si son surtidas en las farmacias de la red del plan. Consulte la sección 2.5 para obtener información referente a cuándo cubriremos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red.

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

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Si desea encontrar una farmacia de la red, busque en su Directorio de proveedores y farmacias, visite nuestro sitio web www.prominencemedicare.com o llame a Servicios para miembros.

Puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia cuyos servicios ha estado usando abandona la red?

Si la farmacia cuyos servicios ha estado usando abandona la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia dentro de su área, puede obtener ayuda de Servicios para miembros o consultar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También encontrará información en nuestro sitio web www.prominencemedicare.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En ocasiones, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Estas farmacias incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, un establecimiento de LTC, como un hogar de ancianos, cuenta con su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un establecimiento de LTC, comuníquese con Servicios para miembros.
- Las farmacias que proporcionan el Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud para Pueblos Indígenas/Tribales/Urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Las farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a determinados centros o que requieren un manejo especial, una coordinación de proveedores o instrucción sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias en* www.prominencemedicare.com o llame a Servicios para miembros.

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos provistos a través del servicio de pedidos por correo son medicamentos que usted toma habitualmente para tratar una enfermedad crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles en el servicio de pedido por correo del plan se marcan como "NM" en nuestra Lista de medicamentos.

El sistema de servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro hasta para 100 días.

Para obtener formularios de pedido e información acerca de cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con el servicio de ayuda de farmacia y seleccione la opción 1, se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Por lo general, un pedido de farmacia de pedido por correo se le entregará en no más de 14 días*:* sin embargo, a veces su pedido por correo puede retrasarse. Si necesita comenzar a tomar medicamentos de inmediato, pero ocurre un retraso con su pedido por correo, solicite a su médico un suministro para 30 días (una receta) y súrtalo en su farmacia local.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio del médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para determinar si prefiere que se surta el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Si recibiera por correo una receta, de forma automática, que no solicitó y tampoco nos hemos comunicado con usted para confirmar el envío de dicha receta, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó los servicios de pedidos por correo anteriormente y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando al servicio de asistencia de la farmacia, Opción 2, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si nunca ha usado nuestro servicio de entrega por correo y/o decide suspender que se surtan nuevas recetas de forma automática, la farmacia se comunicará con usted cada vez que un proveedor de atención médica le envíe una nueva receta con el fin de determinar si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, de esta manera podrá informarles si deben enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Reposiciones de recetas a través del servicio de pedido por correo. Para reposiciones de recetas, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que se acaben sus medicamentos recetados actuales para asegurarse de que recibirá sus medicamentos a tiempo.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Si adquiere un suministro de medicamentos a largo plazo, los costos compartidos pueden ser menores. El plan ofrece dos formas para obtener un suministro a largo plazo, que también se denomina “suministro extendido”, para medicamentos de “uso continuo” incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de uso continuo son aquellos medicamentos que toma con frecuencia para una afección médica crónica o a largo plazo.

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de uso continuo a un monto de costo compartido más bajo. El Directorio de *proveedores y farmacias* www.prominencemedicare.com le indica aquellas farmacias de nuestra red que le pueden proporcionar un suministro a largo plazo de medicamentos de uso continuo. También puede llamar a Servicios para miembros si desea obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de uso continuo por medio de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la sección 2.3, para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no forme parte de la red del plan?

La receta puede estar cubierta en determinadas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando no tiene acceso a una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red que se encuentran fuera de nuestra área de servicio a las que puede acudir para surtir las recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para miembros** con la finalidad de saber si hay una farmacia que forme parte de la red cerca de usted. Es posible que deba pagar la diferencia entre el monto que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

- Si no pudiese adquirir un medicamento cubierto de manera oportuna, dentro del área de servicio, debido a la ausencia de farmacias de la red, que se encuentre a una distancia razonable para llegar en auto y con atención las 24 horas.
- Si los medicamentos recetados están relacionados con servicios de emergencia o atención de urgencia.
- Intenta surtir un medicamento cubierto que no se abastece con regularidad en una farmacia minorista dentro de la red que sea accesible o de pedido por correo. El medicamento es un medicamento sin interés comercial o de otra especialidad farmacéutica que no suele surtirse en la mayoría de las farmacias.

¿Cómo le solicito un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total al momento de surtir la receta, en lugar de pagar lo que normalmente sería su parte del costo. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo. La sección 2 del capítulo 7 explica cómo solicitar un reembolso al plan.

SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de medicamentos" del plan

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (formulario).* En esta *Evidencia de cobertura* **se denomina "Lista de medicamentos" para abreviar.**

El plan ha seleccionado los medicamentos de esta lista con la colaboración de un equipo conformado por médicos y farmacéuticos. Esta lista cumple con los requisitos establecidos por Medicare y está aprobada por Medicare.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son únicamente aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted cumpla las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento esté bajo indicación médica. La frase "bajo indicación médica" se refiere al uso de un medicamento que esté bajo *una de las siguientes situaciones*:

- esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual se receta; o
- que esté avalado por determinadas referencias, como la información de medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información de DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca registrada y que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando se menciona "medicamentos", podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen costar menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por los de marca.

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

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no ofrece cobertura para todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos. Si desea más información al respecto, consulte la sección 7.1 de este capítulo.
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos otros, es posible que pueda obtener un medicamento que no se incluya en la Lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el capítulo 9.

Sección 3.2 Existen seis niveles de costos compartidos para los medicamentos de la "Lista de medicamentos"

Cada medicamento que forma parte de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo por el medicamento:

El plan tiene seis niveles de costos compartidos.

Cada medicamento que forma parte de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de costos compartidos, mayor será el costo por el medicamento:

- Nivel 1 de costos compartidos: los medicamentos genéricos preferidos se encuentran en los niveles más bajos.
- Nivel 2 de costos compartidos: medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costos compartidos: medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 4 de costos compartidos: medicamentos no preferidos.
- Nivel 5 de costos compartidos: medicamentos de especialidad. Este es el nivel de costos compartidos más alto.
- Nivel 6 de costos compartidos: los medicamentos Select Care son medicamentos genéricos seleccionados bajo un costo compartido de $0.

Para determinar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el capítulo 6: *El monto que paga por los medicamentos recetados de la Parte D.*

Sección 3.3 ¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Tiene 2 maneras de averiguarlo:

1. Visitar el sitio web del plan www.prominencemedicare.com. La Lista de medicamentos que se encuentra en el sitio web siempre contiene la información más reciente.
2. Llamar a Servicios para miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para determinados medicamentos recetados, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos diseñaron estas reglas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Cada vez que un medicamento de administración más segura y de menor costo obtenga los mismos resultados médicos deseados que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para recomendarle a usted y al proveedor que usen la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en la "Lista de medicamentos". Esto se debe a que se pueden aplicar restricciones o costos compartidos diferentes a las distintas versiones del medicamento según factores como la dosis, la cantidad o presentación del medicamento recetado por el proveedor de atención médica; por ejemplo, 10 mg o 100 mg; una diaria o dos diarias; tableta o líquido.

Sección 4.2 ¿Cuáles son los tipos de restricciones?

En las siguientes secciones encontrará más información sobre los tipos de restricciones que aplicamos para algunos medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento**. Si desea que lo exoneremos de esta restricción, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitar que hagamos una excepción.** Sin embargo, podemos aceptar o rechazar la exoneración de dicha restricción para usted. (Consulte el capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan con anticipación

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir su medicamento. A esto se le denomina **"autorización previa**". Esto se aplica para garantizar la administración segura de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no consigue esta aprobación, es posible que el medicamento no reciba cobertura del plan.

Uso sugerido de un medicamento diferente primero

Si bien este requisito le recomienda probar medicamentos menos costosos, y generalmente igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que usted pruebe primero el medicamento A. Luego, si el medicamento A no muestra los resultados deseados, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidad

En el caso de determinados medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede recibir de un medicamento cada vez que surta la receta. Por ejemplo, si normalmente se considera que no implica riesgos tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de la receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que se cubriera?

Sección 5.1 Hay cosas que puede hacer si el medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que se cubriera

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que está tomando, o uno que usted y el proveedor consideran que debe tomar, no está incluido en nuestro formulario o se encuentra en este con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento no tiene ningún tipo de cobertura. O quizás se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas adicionales o restricciones sobre la cobertura de ese medicamento, como se explica en la sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costos compartidos que provoca que dichos costos sean mayores de lo que considera que deberían ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que lo cubrieran. **Si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o**

si su medicamento está restringido, consulte la sección 5.2 para saber qué puede hacer.

- **Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que el costo sea mayor de lo que usted cree que debería ser, consulte la sección 5.3 para saber qué puede hacer.**

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento está sujeto a algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí mencionamos algunas cosas que puede hacer:

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

Podría obtener un suministro temporal

Bajo determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para conversar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **ahora tiene que tener algún tipo de restricción**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su afiliación al plan.

- **Si estuvo afiliado al plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.

- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si la receta prescribe menos días, permitiremos que realice múltiples surtidos para proporcionar un suministro máximo de 30 días del medicamento. Debe surtir la receta en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de cuidado a largo plazo provea el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar el derroche).

- **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de emergencia para determinado medicamento, o menos si la receta prescribe menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal anterior.

- En el caso de estas transiciones no planificadas, cubriremos un suministro para 30 días de un medicamento que no está incluido en el formulario, o menos si la receta se prescribe por menos días, como un suministro de emergencia.

Si tiene preguntas acerca del suministro temporal, póngase en contacto con Servicios para miembros.

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

1) Puede cambiar el medicamento.

Consulte con su proveedor acerca de si hay un medicamento diferente que esté cubierto por el plan que pueda ofrecerle los mismos resultados favorables. Puede llamar a Servicios para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría mostrar los resultados esperados.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y el proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si el proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifiquen solicitarnos una excepción, el proveedor puede ayudarle a solicitar dicha excepción. Por ejemplo, puede solicitarle al plan que cubra un medicamento, aunque no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedir al plan que haga una excepción y cubrir el medicamento sin restricciones.

Si usted es un miembro actual y el medicamento que está tomando será retirado del formulario o tendrá alguna restricción para el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del comienzo del próximo año. Puede solicitar una excepción antes del año que viene y le responderemos dentro de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la documentación de respaldo del médico prescriptor). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y el proveedor desean solicitar una excepción, la sección 6.4 del capítulo 9 indica lo que debe hacer. En esta se explican los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que la solicitud es tramitada de manera oportuna y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si el medicamento está en un nivel de costos compartidos que considera es demasiado alto?

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que considera es demasiado alto, le mencionamos algunas cosas que puede hacer:

Puede cambiarse a otro medicamento.

Si el medicamento está en un nivel de costos compartidos que considera es demasiado alto, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos menor que podría ofrecerle resultados igualmente favorables. Puede llamarnos a Servicios para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría mostrar los resultados esperados.

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir al plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos para el medicamento, para que usted pague menos por este. Si su proveedor indica que tiene razones médicas que justifiquen pedirnos una excepción, dicho proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y el proveedor desean solicitar una excepción, la sección 6.4 del capítulo 9 indica lo que debe hacer. En esta se explican los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que la solicitud es tramitada de manera oportuna y justa.

Los medicamentos en nuestro nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción.

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 ocurren al inicio de cada año (1 de enero). Sin embargo, el plan puede realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos durante el año. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Trasladar un medicamento a un nivel de costos compartidos mayor o menor.**
- **Agregar o retirar una restricción de cobertura a un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de implementar algún cambio en la Lista de medicamentos del plan.

Consulte el capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que se abordan en este capítulo.

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que le afecten durante el año del plan actual

Aviso general anticipado de que el patrocinador del plan puede realizar ciertas sustituciones inmediatas de medicamentos genéricos y biosimilares:

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios inmediatamente a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel más bajo y con las mismas o menos restricciones.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el mismo medicamento en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Se eliminan los medicamentos de uso poco seguro y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que son retirados del mercado.**
    - En ocasiones un medicamento puede considerarse poco seguro o retirarse del mercado por otra razón. Cuando esto suceda, es posible que retiremos

inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de que hagamos el cambio.

- **Otros cambios a medicamentos de la Lista de medicamentos.**
    - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que actualmente está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias señaladas por la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos una recarga adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con su médico sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier restricción nueva en el medicamento que está tomando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no lo afectarán durante el año del plan actual

Podremos realizar ciertos cambios a la Lista de medicamentos que no se han descrito anteriormente. En dichos casos, el cambio no aplica para usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio. Sin embargo, si permanece en el mismo plan, estos cambios probablemente le afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan.

En general, los cambios que no le afectan durante el año en curso del plan son los siguientes:

- Si trasladamos el medicamento a un nivel de costos compartidos más alto.
- Si agregamos una nueva restricción en el uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre en un medicamento que está tomando, exceptuando la retirada del mercado, un medicamento genérico que reemplaza uno de marca, u otro cambio descrito en las secciones anteriores, el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan en curso. Necesitará verificar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté

disponible durante el Período de inscripción abierta) para ver si algún cambio en los medicamentos que está tomando lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* tienen cobertura del plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le informa qué tipos de medicamentos recetados están excluidos. Esto significa que Medicare no pagará por estos medicamentos.

Si adquiere medicamentos que están excluidos, deberá pagar por ellos usted mismo, con excepción de ciertos medicamentos excluidos que cuentan con nuestra cobertura de medicamentos mejorada. Si presenta una apelación y determinamos que el medicamento solicitado no está excluido de acuerdo con la Parte D, le pagaremos o cubriremos el medicamento. Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el capítulo 9.

A continuación, incluimos tres reglas generales acerca de los medicamentos que la Parte D de los planes de medicamentos de Medicare no cubrirá:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubrirá un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir *el "uso no autorizado según la etiqueta"* cuando el uso no es avalado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información de DRUGDEX. El *"uso no autorizado según la etiqueta"* se refiere a cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta de un medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Asimismo, de acuerdo con la ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre determinados medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura mejorada de medicamentos, por los cuales es posible que se le cobre una prima adicional. A continuación, incluimos más información.

- Medicamentos sin receta médica, también llamados medicamentos de venta libre.
- Medicamentos utilizados para promover la fecundidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines estéticos o para fomentar el crecimiento del cabello.

- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y los preparados con flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante tiene como finalidad exigir que las pruebas o servicios de monitoreo afines sean adquiridos exclusivamente por él como condición para la venta.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que, por lo general, no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare (cobertura de medicamentos mejorada). Nuestro plan cubre determinados medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura mejorada de medicamentos, por los cuales es posible que se le cobre una prima adicional. A continuación, incluimos más información. El monto que usted paga por estos medicamentos no cuenta para calificar para la etapa de cobertura en caso de catástrofes. La etapa de cobertura en caso de catástrofes se describe en la sección 6 del capítulo 6 de este documento.

- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que, por lo general, no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare (cobertura de medicamentos mejorada). Cubrimos Sildenafil (Viagra genérico) para la disfunción eréctil. Usted paga un copago de $0 por hasta seis píldoras durante un período de 30 días. El monto que usted paga al surtir una receta de estos medicamentos no cuenta para calificar para la etapa de cobertura en caso de catástrofes. La etapa de cobertura en caso de catástrofes se describe en la sección 7 del capítulo 6 de este manual.

Además, si se beneficia del **programa “Ayuda Adicional” de Medicare** para pagar sus recetas, este programa no pagará por los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de medicamentos del plan o llame a Servicios para Afiliados para obtener más información. Los números telefónicos de Servicios para miembros figuran impresos en la contraportada de este manual). Sin embargo, si usted tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no cubre el plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar números de teléfono e información de contacto para Medicaid en la sección 6 del capítulo 2.

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de afiliación

Para surtir la receta, proporcione su información de afiliación al plan en la farmacia de la red de su elección, encontrará dicha información en su tarjeta de afiliación. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja los medicamentos recetados.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo su información de afiliación?

Si no tiene consigo la información de afiliación del plan al surtir la receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted tendrá que pagar el costo total de la receta cuando la recoja**. (Puede pedirnos **que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la sección 2 del capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedir al plan que le reembolse).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada por un período de hospitalización que está cubierto por el plan?

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por el plan, por lo general, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante dicho período. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá los medicamentos recetados siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas para la cobertura explicadas en este capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC), por ejemplo, un hogar de ancianos, cuenta con su propia farmacia o usa una farmacia que suministra los medicamentos de todos sus residentes. Si es residente de un centro LTC, recibirá los medicamentos recetados por medio de la farmacia del establecimiento o de la que el establecimiento utiliza, siempre que sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* www.prominencemedicare.com para saber si la farmacia de su centro LTC o la que el establecimiento utiliza forman parte de nuestra red. Si no fuese el caso, o si necesita más información o ayuda, póngase en contacto con Servicios para

miembros. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

Consulte la sección 5.2 referente al suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un empleador o plan de grupo de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador, o el de su cónyuge o pareja de hecho, o del grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de dicho grupo.** Puede ayudarle a determinar cómo trabajará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si cuenta con cobertura de su empleador o del grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que recibe de nosotros será *secundaria* a la cobertura del plan grupal. Eso significa que su cobertura grupal pagaría primero.

Nota especial acerca de la cobertura acreditable:

Cada año, el empleador o grupo de jubilados deben enviarle un aviso en el que se le informa si la cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario será "acreditable".

Si la cobertura del plan grupal es **"acreditable"**, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable, ya que puede necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D, necesitará estos avisos para demostrar que ha conservado la cobertura acreditable. En caso de que no haya recibido un aviso sobre la cobertura acreditable, solicítele una copia al administrador de beneficios del empleador o del plan de jubilados, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un programa de cuidados de hospicio certificado por Medicare?

El programa de cuidados de hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en el programa de cuidados de hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos que no está cubierto por el centro de cuidados de hospicio porque no está relacionado con su enfermedad en fase terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir la notificación de la persona que lo recetó o del proveedor de cuidados de hospicio, de que el medicamento no está relacionado con su afección, antes de que el plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras a la espera de recibir estos

medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicítele al proveedor de los cuidados de hospicio o al prescriptor que informe debidamente antes de que se surta su receta.

En el caso de que revoque la elección del centro de cuidados de hospicio o sea dado de alta del mismo, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos tal y como se explica en este documento. Para evitar retrasos en la farmacia al terminar su beneficio del programa de cuidados de hospicio de Medicare, deberá llevar la documentación a la farmacia para confirmar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la farmacovigilancia y el manejo de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros con la administración de medicamentos de manera segura

Llevamos a cabo revisiones de la administración de medicamentos para nuestros miembros a fin de ayudarles a asegurarse de que están recibiendo atención médica adecuada y segura.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores con los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios debido a que está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que podrían considerarse como poco seguros o no adecuados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían dañarle si se toman al mismo tiempo.
- Medicamentos recetados que tienen ingredientes a los que es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.
- Cantidades poco seguras de analgésicos opioides.

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

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a tomar los medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros se administren los medicamentos opioides recetados de manera segura, así como otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos

(Drug Management Program, DMP). Si usted se administra medicamentos opioides que recibe de varios médicos prescriptores o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso de medicamentos opioides sea adecuado y necesario desde el punto de vista médico. Al trabajar con sus médicos, podremos limitar la manera en que obtiene los medicamentos opioides, si decidimos que la administración de los medicamentos opioides recetados es peligrosa. Si lo colocamos en nuestro DMP, puede tener las siguientes limitaciones:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas para medicamentos con opioides o benzodiazepinas de determinada(s) farmacia(s).
- Requerir que usted reciba todas sus recetas para medicamentos con opioides o benzodiazepinas de determinado(s) médico(s) prescriptores.
- Limitar la cantidad de opioides o medicamentos de benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar la manera en que recibe estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos un aviso con anticipación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exige que obtenga las recetas de estos medicamentos únicamente de un médico o farmacia en específico. También tendrá la oportunidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere usar, así como cualquier otra información que considere es importante que nosotros sepamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otro aviso confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y el médico prescriptor tienen derecho a presentar una apelación. Si decide apelar, revisaremos el caso y le enviaremos una decisión. Si ratificamos nuestra negativa a cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un evaluador independiente externo a nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información acerca de cómo solicitar una apelación.

No se le incluirá en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con cáncer o enfermedad de células falciformes, si está recibiendo cuidados de hospicio, cuidados paliativos, cuidados para la etapa final de su vida o vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Gestión de Terapia de Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

Algunos afiliados que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden un monto específico de los costos de los medicamentos o están en un DMP para ayudar a los afiliados a usar sus opioides de manera segura, pueden recibir servicios a través de un programa MTM. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre los medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que incluye una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe tomar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma, cuándo y la razón para tomarlos. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de aquellos medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Lo ideal es que converse con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, conserve la lista de medicamentos actualizada con usted, por ejemplo, guárdela con su identificación, en caso de que vaya al hospital o a una sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Sin embargo, si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, póngase en contacto con Servicios para miembros.

CAPÍTULO 6:
El monto que paga por los medicamentos recetados de la Parte D

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está en un programa que le ayuda a pagar los medicamentos, tome en cuenta que tal vez **alguna parte de la información que figura en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplica para usted.** Le hemos enviado un encarte separado, llamado *Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben "Ayuda Adicional" para pagar medicamentos recetados* (que también se conoce como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Anexo de LIS*), que le explica sobre su cobertura de medicamentos. Si no cuenta con este material, llame a Servicios para miembros y solicite el *Anexo de LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lea este capítulo junto con otros documentos que explican su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en el monto que paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para mantener las cosas simples, usamos el término "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el capítulo 5, no todos los medicamentos son cubiertos por la Parte D; algunos cuentan con la cobertura de la Parte A o la Parte B de Medicare y otros, por ley, están excluidos de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago necesita conocer los medicamentos que están cubiertos, dónde debe surtir las recetas y qué reglas debe seguir cuando recibe los medicamentos cubiertos. Las secciones 1 a 4 del capítulo 5 explican estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar la cobertura de medicamentos, consulte la sección 3.3, del capítulo 5, el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que observa en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un estimado de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que podría tener que pagar por medicamentos cubiertos

Importante: Este plan participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) y está aprobado para ofrecer la eliminación de los copagos, los coseguros y los deducibles de la Parte D. El plan cubre los beneficios aprobados a un costo de $0 para aquellos miembros que reciben "Ayuda adicional" a través de los CMS.

Existen diferentes tipos de gastos bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costos compartidos** y existen tres formas en las que se le puede solicitar un pago.

- **El deducible** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar su parte.
- **El copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* para sus gastos de bolsillo. A continuación, mencionamos las reglas que debemos cumplir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos como parte de sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos enumerados a continuación, siempre que sean medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5:

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago por medicamentos:
    - etapa de deducible
    - etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente, antes de unirse a nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos por **sí mismo**, son incluidos como parte de sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los gastos de bolsillo si son realizados en su nombre por **ciertas otras personas u organizaciones.** Esto incluye los pagos de los medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones de beneficencia, por programas de asistencia para medicamentos contra el sida, por un programa de asistencia farmacéutica autorizado por Medicare, por planes de salud del empleador o del sindicato, TRICARE o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos efectuados por el Programa "Ayuda Adicional" de Medicare.

Cómo pasar a la etapa de cobertura en caso de catástrofes:

Cuando usted, o las personas que pagan en su nombre, hayan gastado un total de $2,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura en caso de catástrofes.

Estos pagos no están incluidos como parte de sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de los tipos de pagos que mencionamos a continuación:

- Medicamentos que usted compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requerimientos del plan para la cobertura fuera de la red.

- Medicamentos que no se encuentran cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Por lo general, los pagos que realiza por medicamentos recetados no están cubiertos por el plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos por los medicamentos realizados por la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA).
- Pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar por los costos de las recetas; por ejemplo, indemnización laboral por accidentes de trabajo.
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos bajo el Programa de descuentos ofrecidos por el fabricante

Recuerde: Si cualquier otra organización, como las que se mencionan anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para miembros.

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus gastos de bolsillos?

- **Nosotros le ayudamos.** El *informe de Explicación de beneficios de la* Parte D (EOB, por sus siglas en inglés) que recibe incluye el monto actual de sus gastos personales. Cuando este monto alcance $2,000, este informe le indicará que abandonó la etapa de cobertura inicial o la etapa de período sin cobertura y pasó a la etapa de cobertura en caso de catástrofes.
- **Asegúrese de que contamos con la información que necesitamos.** En la sección 3.2 se explica qué puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros respecto a sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 El monto que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago por medicamentos" en la que se encuentra al momento de obtenerlo

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago por medicamentos para los miembros de *Prominence Extra Help HMO* ?

Importante: Este plan participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) y está aprobado para ofrecer la eliminación de los copagos, los coseguros y los deducibles de la Parte D. El plan cubre los beneficios aprobados a un costo de $0 para aquellos miembros que reciben "Ayuda adicional" a través de los CMS.

Existen tres **etapas de pago por medicamentos** para la cobertura de medicamentos recetados según *Prominence Extra Help HMO*. La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentra al momento de surtir o reponer una receta. Los detalles sobre cada etapa se encuentran en las secciones 4 a 6 de este capítulo. Estas etapas son las siguientes:

Etapa 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de cobertura inicial

Etapa 3: Etapa de cobertura en caso de catástrofes

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 resumen mensual denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* (la *"EOB de la Parte D"*)

Importante: Este plan participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) y está aprobado para ofrecer la eliminación de los copagos, los coseguros y los deducibles de la Parte D. El plan cubre los beneficios aprobados a un costo de $0 para aquellos miembros que reciben "Ayuda adicional" a través de los CMS.

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted haya realizado cuando surte o repone sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos indicarle cuando haya pasado de una etapa de pago por medicamentos a la siguiente. En particular, existen dos tipos de costos de los que llevamos un registro:

- Llevamos un registro del monto que ha pagado. A esto se le denomina "**gastos de bolsillo**". Esto incluye lo que pagó al recibir un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante "Ayuda adicional" de Medicare, planes de salud del empleador o del sindicato, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de

asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).

- Llevamos un registro de los **costos totales de los medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si el mes anterior surtió una o más recetas a través del plan, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información correspondiente al mes**. Este informe proporciona los detalles del pago de las recetas que usted surtió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros en su representación hayan pagado.
- **Montos totales del año desde el 1 de enero.** A esto se le denomina información "del año a la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta por la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de costo más bajo disponibles.** Esto incluirá información acerca de otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de recetas.

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

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que usted realiza por dichos medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de afiliación cada vez que surta una receta.** Esto nos ayudará a asegurarnos de que tenemos conocimiento de las recetas que surte y los montos que está pagando.
- **Asegúrese de que contamos con la información que necesitamos.** Existen ocasiones en las que usted puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar el registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de bolsillo, le agradeceremos que nos proporcione las copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe proporcionarnos las copias de los recibos de medicamentos:**

- Al comprar 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 realizó un copago por medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia al paciente de una compañía farmacéutica.
- Cada vez que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o las veces en las que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la sección 2 del capítulo 7.

Envíenos información referente a los pagos que terceros hayan hecho por usted. Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones determinadas también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas cuentan para sus gastos de bolsillo. También debe conservar un registro de esos pagos y enviárnoslos para que podamos llevar el registro de sus gastos.

Revise el informe escrito que le enviamos. Cuando reciba la EOB *de la Parte* **D**, revísela con el objetivo de asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 En la Etapa de deducible, pagará el costo total de los medicamentos

Importante: Este plan participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) y está aprobado para ofrecer la eliminación de los copagos, los coseguros y los deducibles de la Parte D. El plan cubre los beneficios aprobados a un costo de $0 para aquellos miembros que reciben "Ayuda adicional" a través de los CMS.

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago para la cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentre en esta etapa de pago, deberá pagar el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar el monto del deducible del plan, que es $590 para Prominence Extra Help HMO.

Debido a que la mayoría de nuestros miembros reciben "Ayuda Adicional" con los costos de los medicamentos recetados, la Etapa de deducible no se aplica a la mayoría de los miembros. Si recibe "Ayuda adicional", esta etapa de pago no aplica para usted.

Si no recibe "Ayuda adicional", la Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta para el año.

Cuando se encuentre en esta etapa de pago, deberá pagar el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el monto del deducible del plan, que es de $590 para el 2025. El deducible no aplica para productos de insulina cubiertos ni la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, tétanos y vacunas para viajar. Por lo general, el costo total es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado $590 por sus medicamentos, dejará la Etapa de deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de los medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 El monto que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surte la receta

Importante: Este plan participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) y está aprobado para ofrecer la eliminación de los copagos, los coseguros y los deducibles de la Parte D. El plan cubre los beneficios aprobados a un costo de $0 para aquellos miembros que reciben "Ayuda adicional" a través de los CMS.

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el copago *o* coseguro). Su parte del costo variará dependiendo del medicamento y donde usted surte la receta.

El plan tiene seis niveles de costos compartidos.

Cada medicamento que forma parte de la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de costos compartidos, mayor será el costo por el medicamento:

- Nivel 1 de costos compartidos: los medicamentos genéricos preferidos se encuentran en los niveles más bajos.
- Nivel 2 de costos compartidos: medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costos compartidos: medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 4 de costos compartidos: medicamentos no preferidos.
- Nivel 5 de costos compartidos: medicamentos de especialidad. Este es el nivel de costos compartidos más alto.
- Nivel 6 de costos compartidos: los medicamentos Select Care son medicamentos genéricos seleccionados bajo un costo compartido de $0.

Para determinar en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Cuánto pague por un medicamento dependerá de quien le proporcione el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos las recetas que se surtan en las farmacias fuera de la red únicamente en determinados casos. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5 para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- Una farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información acerca de estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el capítulo 5 y el *Directorio de farmacias del plan* www.prominencemedicare.com

Sección 5.2 Tabla que muestra sus costos por el suministro de *un mes* de medicamento

Importante: Este plan participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) y está aprobado para ofrecer la eliminación de los copagos, los coseguros y los deducibles de la Parte D. El plan cubre los beneficios aprobados a un costo de $0 para aquellos miembros que reciben "Ayuda adicional" a través de los CMS.

Durante la etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o coseguro.

Como se muestra en la tabla a continuación, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costos compartidos.

En ocasiones, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo al adquirir un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	**Costos compartidos para farmacias minoristas estándar (dentro de la red)** (suministro hasta para 30 días)	**Costos compartidos para centro de atención a largo plazo (LTC)** (suministro hasta para 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles). (Suministro hasta para 30 días)
Nivel 1 de costos compartidos (medicamentos genéricos preferidos)	15 % de coseguro	15 % de coseguro	15 % de coseguro
Nivel 2 de costos compartidos (medicamentos genéricos)	24 % de coseguro	24 % de coseguro	24 % de coseguro
Nivel 3 de costos compartidos (medicamentos de marca preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de costos compartidos (medicamentos no preferidos)	50 % de coseguro	50 % de coseguro	50 % de coseguro
Nivel 5 de costos compartidos (medicamentos de especialidad)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 6 de costos compartidos (medicamentos Select Care)	15 % de coseguro	15 % de coseguro	15 % de coseguro

No pagará más de $35 por un suministro de un mes por cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos correspondientes a vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si el médico le receta menos de un mes completo de suministros, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes

Normalmente, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo. Sin embargo, posiblemente existan ocasiones en las que a usted o al médico le gustaría tener un suministro para menos de un mes del medicamento; por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez. También puede pedirle al médico que le recete, y al farmacéutico que le surta, menos de un suministro mensual de sus medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor la fecha de reposición de los diferentes medicamentos recetados.

Si usted recibe un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos, no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

- Si es responsable del coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será más bajo.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, únicamente pagará el número de días del medicamento que reciba en lugar de pagar el mes completo. Calcularemos el monto que paga por día para su medicamento (la "tasa diaria de costos compartidos") y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos para un suministro *a largo plazo* (hasta para 100 días) de un medicamento

Importante: Este plan participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) y está aprobado para ofrecer la eliminación de los copagos, los coseguros y los deducibles de la Parte D. El plan cubre los beneficios aprobados a un costo de $0 para aquellos miembros que reciben "Ayuda adicional" a través de los CMS.

Puede adquirir un suministro a largo plazo, también denominado “suministro extendido”, de determinados medicamentos. Un suministro a largo plazo es hasta para *100* días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando adquiere el suministro a largo plazo de un medicamento.

- En ocasiones, el costo del medicamento es menor que el copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo cuando adquiere un suministro *a largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Nivel	Costos compartidos para farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (suministro hasta para 100 días)	Costos compartidos según el servicio de pedido por correo (suministro hasta para 100 días)
Nivel 1 de costos compartidos (medicamentos genéricos preferidos)	15 % de coseguro	15 % de coseguro
Nivel 2 de costos compartidos (medicamentos genéricos)	24 % de coseguro	24 % de coseguro
Nivel 3 de costos compartidos (medicamentos de marca preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de costos compartidos (medicamentos no preferidos)	50 % de coseguro	50 % de coseguro
Nivel 5 de costos compartidos (nivel de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del nivel 5.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del nivel 5.
Nivel 6 de costos compartidos (medicamentos Select Care)	15 % de coseguro	15 % de coseguro

No pagará más de $70 por un suministro de dos meses o $105 por hasta un suministro de tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos alcancen $2,000 al año O los gastos de bolsillo alcancen los $2,000 al año.

Importante: Este plan participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) y está aprobado para ofrecer la eliminación de los copagos, los coseguros y los deducibles de la

Parte D. El plan cubre los beneficios aprobados a un costo de $0 para aquellos miembros que reciben "Ayuda adicional" a través de los CMS.

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos totales de bolsillo alcancen los $2,000. Luego pasa a la etapa de cobertura en caso de catástrofes.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que, por lo general, no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para el límite de cobertura inicial ni para el total de gastos de bolsillo.

La EOB de la Parte D que reciba le ayudará a llevar un registro del monto que usted, el plan y cualquier tercero hayan gastado en su nombre durante el año. No todos los afiliados alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,000 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Si lo logra, dejará la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura en caso de catástrofes. Consulte la sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en caso de catástrofes, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Importante: Este plan participa en el modelo de diseño de seguro basado en el valor (VBID) y está aprobado para ofrecer la eliminación de los copagos, los coseguros y los deducibles de la Parte D. El plan cubre los beneficios aprobados a un costo de $0 para aquellos miembros que reciben "Ayuda adicional" a través de los CMS.

Usted califica para la etapa de cobertura en caso de catástrofes cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de $2,000 por el año calendario. Una vez que se encuentra en la etapa de cobertura en caso de catástrofes, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el término del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Para medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted no paga nada.

SECCIÓN 7 Información sobre beneficios adicionales

No se ofrecen beneficios adicionales.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde reciba las vacunas

Mensaje importante acerca de lo que paga por las vacunas – Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se encuentran en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para miembros para conocer los detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna**. (En ocasiones, se la denomina administración de la vacuna).

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. **Si una organización conocida como Comité Consultivo sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) recomienda esta vacuna para adultos.**
    - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por el ACIP y no tienen costo alguno.
2. **El centro donde reciba la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada en el consultorio del médico.
3. **Quién le aplique la vacuna.**
    - Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicarle la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede aplicársela en el consultorio del médico.

Lo que paga al momento de obtener la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y la **etapa de pago por medicamentos** en la que se encuentre.

- En ciertos casos, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo para que el proveedor se la aplique. Puede pedir a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otros casos, cuando recibe una vacuna, pagará solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.

A continuación, incluimos tres ejemplos de las formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Ya sea que tenga esta opción depende de dónde viva. En algunos estados no permiten que las farmacias administren determinadas vacunas).

- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro *O* copago por la vacuna en sí misma que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor se la aplique.
- Luego, puede pedir al plan que le pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro por la vacuna (incluida su administración).

Situación 3: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se la aplican.

- En el caso de la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada por la vacuna en sí misma.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro *O* copago que corresponda por la vacuna.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio. Entonces puede pedirle al plan que pague nuestra parte del costo usando los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos el coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por medicamentos o servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitar que paguemos nuestra parte del costo de sus medicamentos o servicios cubiertos

En ocasiones, cuando usted recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otros casos, puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba conforme a las reglas de cobertura del plan o puede recibir una factura de algún proveedor. En estos casos, usted puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el pago (a menudo, el acto de pagarle a usted se denomina reembolso). Es su derecho recibir un reembolso de nuestro plan cada vez que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba la factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que haya recibido o, posiblemente, por más de su parte de los costos compartidos, como se menciona en el documento. Primero trate de resolver el asunto de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos o no. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, se lo notificaremos al proveedor. En ninguna circunstancia debe pagar un monto superior al costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene un contrato, usted sigue teniendo derecho a recibir el tratamiento.

Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que es posible que usted necesite pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia por parte de un proveedor que no esté en la red de nuestro plan

Si se encuentra fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor; independientemente de que el proveedor forme parte de nuestra red o no. Sin embargo, una vez que haya pasado la emergencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua. En estos casos:

- Usted solo será responsable de pagar su parte del costo por los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de atención en caso de emergencia están obligados por ley a proporcionar atención cuando se presenta una emergencia. Si paga el monto total usted mismo al momento de recibir la atención, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Existe la posibilidad de que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que usted considera que no corresponde. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.

- Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturarle directamente al plan y únicamente solicitarle a usted su parte del costo. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan pagar más que su parte.

- Usted solo tiene que pagar el monto de costos compartidos que le corresponde cuando reciba los servicios cubiertos. No autorizamos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, denominados facturación de saldos. Esta protección, que indica que nunca debe pagar un monto superior al de sus costos compartidos, se aplica aun si le pagamos al proveedor un monto menor de lo que cobra por un servicio e incluso si hay un conflicto y no pagamos determinados cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba la factura de un proveedor de la red que considera es un monto mayor de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera 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 monto que adeudaba conforme al plan.

3. Si se inscribe en forma retroactiva a nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquier servicio o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos la documentación, por ejemplo, los recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

4. Cuando usa los servicios de una farmacia fuera de la red para surtir una receta.

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que esta no pueda enviar la reclamación directamente a nosotros. Cuando esto suceda, usted tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la sección 2.5 del capítulo 5, para analizar estas circunstancias. Es posible que deba pagar la diferencia entre el monto que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta porque no tiene consigo su tarjeta de afiliación del plan.

Si no tiene su tarjeta de afiliación del plan con usted, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción de su plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento.

6. Cuando usted paga el costo total de una receta en otras situaciones.

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

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la "Lista de medicamentos" del plan o podría tener un requisito o una restricción que no conocía o que no cree que deba aplicarse a usted. Si usted decide recibir el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de este.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos su pago. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos la solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 de este manual contiene información acerca de cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura que usted haya recibido

Puede solicitarnos el reembolso ya sea comunicándose con nosotros por teléfono o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea sacar una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos sus reclamaciones dentro de 10 días** a partir de la fecha en que haya recibido el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarnos de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con más rapidez.

Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web o llame a Servicios para miembros y solicite el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibos pagados a la siguiente dirección:

Servicios médicos	Servicios de la Parte D
Prominence Health Plan	Prominence Health Plan
1510 Meadow Wood Lane	c/o MedImpact
Reno NV 89502	10181 Scripps Gateway Court
	San Diego, CA 92131

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o denegaremos

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y que usted cumplió con todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Nuestra parte del costo podría no ser el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo postal el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio, enviaremos el pago por correo postal directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* estén cubiertos, o si usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que explicaremos los motivos por los que no enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que rectifiquemos la decisión que tomamos al momento de rechazar la solicitud de pago. Una apelación es un proceso formal que incluye procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan.

Sección 1.1 Tenemos la obligación de proporcionarle información de manera que le sea útil y sea coherente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas distintos al inglés, en Braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.).

Su plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y que sean accesibles para todos los miembros, incluidos aquellos con dominio limitado del idioma inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva, o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

El plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También, si lo necesita, podemos brindarle información en sistema braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a Servicios para miembros.

Nuestro plan tiene la obligación de brindarle a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de atención médica femenina preventiva y de rutina.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que brindan el servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio utilizando los costos compartidos dentro de la red.

Si tiene dificultades para obtener información del plan en un formato accesible y adecuado para usted, y necesita consultar a un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante el Servicio de atención al cliente. También puede presentar un reclamo ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Tenemos la obligación de asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) dentro de la red del plan para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud femenina, como un ginecólogo, sin necesidad de una derivación.

Usted tiene derecho a concertar citas y recibir servicios cubiertos por parte de la red de proveedores del plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de parte de especialistas cuando necesite dicha atención médica. Asimismo, tiene derecho a surtir u obtener una reposición de sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Si considera que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un período razonable, en el capítulo 9 se le indica qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos e información médica personal. Es decir, salvaguardamos su información médica personal, en cumplimiento con estas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos proporcionó al momento de inscribirse en este plan, así como los registros médicos y otra información médica y de la salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y a controlar cómo se usa su información médica. Nosotros le proporcionamos un aviso por escrito, denominado **Aviso de prácticas de privacidad**, en el que le informamos sobre estos derechos y le explicamos la manera en la que protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que el personal no autorizado no pueda ver ni modificar sus registros.
- Excepto en las situaciones que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no le brinda atención ni paga por ella, *estamos obligados a obtener primero su autorización por escrito o la de una persona a quien usted le haya otorgado un poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Existen algunas excepciones en las que no estamos obligados a obtener su permiso por escrito primero. Dichas excepciones están permitidas o son exigidas por ley.
    - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención médica.

- Debido a que usted es un miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a darle a Medicare su información médica, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; normalmente, esto exige que no se comparta información que lo identifique de forma inequívoca.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se compartió con otras personas

Usted tiene derecho a revisar sus registros médicos que conserva el plan y a recibir una copia de ellos. Se nos permite cobrarle una tarifa por dichas copias. También tiene derecho a solicitarnos que se hagan adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si usted nos lo pide, trabajaremos junto con el proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben o no ser efectuados.

Usted tiene derecho a conocer la manera en que su información médica ha sido compartida con otras personas con fines que no sean establecidos.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para miembros.

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos

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

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para miembros:

- **Información sobre el plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a recibir información acerca del perfil profesional de los proveedores y las farmacias de nuestra red y acerca de la manera en que pagamos a dichos proveedores.
- **Información acerca de su cobertura y el reglamento que debe seguir al hacer uso de ella.** En los capítulos 3 y 4 se proporciona información relacionada con los servicios médicos. En los capítulos 5 y 6 se proporciona información acerca de la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información acerca de por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto.** En el capítulo 9 se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el capítulo 9 también se proporciona

información sobre cómo solicitarnos que rectifiquemos una decisión, también denominada apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones que involucren su atención médica

Tiene derecho a conocer cuáles son sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones acerca de su atención médica

Tiene derecho a obtener información detallada de parte de sus médicos y demás proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicarle su afección médica y las opciones de tratamiento *de una manera que pueda comprenderlos*.

También tiene derecho a participar de lleno en las decisiones que respectan a su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones junto con los médicos respecto al mejor tratamiento para usted, dentro de sus derechos se incluyen los siguientes:

- **Conocer todo respecto a sus opciones:** Esto significa que usted tiene derecho a que se le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, sin importar su costo o si están o no cubiertas por nuestro plan. También incluye que se le informe acerca de los programas que el plan ofrece a los miembros para ayudar a administrar los medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su atención médica. De igual manera, se le debe informar con anticipación si cierta atención 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 rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro establecimiento médico, incluso si su médico le aconseja lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, asume toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo en consecuencia.

Tiene derecho a dar instrucciones acerca de lo que deberá hacerse, en caso de que no sea capaz de tomar decisiones médicas por sí mismo

En ocasiones, las personas se ven imposibilitadas para tomar decisiones médicas por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a expresar su voluntad, en caso de que se vea en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted así lo desea,* puede:

- Llenar un formulario por escrito para dar a **alguien la autoridad legal para que tome decisiones médicas por usted** en caso de que no pueda tomarlas usted mismo.
- **Dar instrucciones por escrito a los médicos** acerca de la manera en que desea que se maneje la atención médica en caso de que se vea imposibilitado para tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que usted puede usar para dar instrucciones con anticipación en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas, cada una de los cuales tiene un nombre distinto. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder legal para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea hacer uso de las directivas anticipadas para dar a conocer sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Consiga el formulario:** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de artículos para oficina. En ocasiones, puede obtener formularios de directivas anticipadas por medio de organizaciones que brindan información sobre Medicare.
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde consiga el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere solicitar ayuda de un abogado para elaborarlo.
- **Entregue las copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario al médico y a la persona que designe en el formulario para que tome las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. También les puede entregar copias a sus amigos o familiares cercanos. Conserve una copia en casa.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y tiene directivas anticipadas firmadas, **lleve una copia con usted al hospital**.

- El hospital le preguntará si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.
- En caso de que no haya firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital cuenta con formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, usted decide si desea o no llenar un formulario de directivas anticipadas (incluido si desea firmar uno si se encuentra en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención médica ni discriminarle por el hecho de haber firmado o no un formulario de directivas anticipadas.

¿Qué sucede si no se respetan sus directivas?

Si usted firmó un formulario de directivas anticipadas y considera que un doctor u hospital no siguió las instrucciones detalladas en él, puede presentar un reclamo ante el *Departamento de Salud del Estado (State Department of Health*).

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hayamos tomado

Si tiene problemas, inquietudes o reclamos y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo), **tenemos la obligación de tratarle de manera justa**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado de manera injusta o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de un tema de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si considera que ha sido tratado de forma injusta o que sus derechos no han sido respetados debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y de Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a la Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata sobre algún otro tema?

Si considera que ha sido tratado de manera injusta o que sus derechos no han sido respetados *y* no *se trata* de un tema de discriminación, puede obtener ayuda para su problema de la siguiente manera:

- Puede **llamar a Servicios para miembros**.
- Puede **llamar a SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- Llame **al 1**-800-MEDICARE (1-800-633-4227) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY: 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos.

Existen varios lugares a los que puede acudir para obtener más información respecto a sus derechos, entre ellos:

- Puede **llamar a Servicios para miembros**.
- Puede **llamar a SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la sección 3 del capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación titulada *Sus derechos y protecciones en Medicare*. Esta publicación se encuentra disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.
    - O bien, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se detalla aquello que usted deberá hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros.

- **Conozca sus servicios cubiertos y las reglas que usted debe seguir para tener acceso a ellos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para conocer cuál es su cobertura y las reglas que usted debe seguir para tener acceso a los servicios cubiertos.
    - En los capítulos 3 y 4 se proporcionan los detalles acerca de los servicios médicos.
    - En los capítulos 5 y 6 se proporcionan los detalles sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si usted cuenta con cobertura de algún otro seguro de salud o para medicamentos recetados además de nuestro plan, está obligado a informarnos.** En el capítulo 1 se le indica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de afiliación del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Ayude a los médicos y otros proveedores a ayudarle proporcionándoles información, haciendo preguntas y apegándose a su tratamiento.**
    - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones acordadas por usted y los médicos.
    - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que usted actúe de manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio del médico, los hospitales y demás entornos.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, es responsable de estos pagos:
    - Usted debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para continuar siendo un miembro del plan.
    - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento.
    - Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, deberá continuar pagando dicho monto adicional directamente al gobierno para continuar siendo un miembro del plan.
- **Si usted se muda *dentro* de nuestra área de servicio, también necesitamos que nos notifique** para que podamos mantener actualizado el registro de afiliación y para saber cómo ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, usted no podrá seguir siendo un miembro de este.**

- Si se muda, también es importante que lo informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:
Qué hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones sobre la cobertura, apelaciones o reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o alguna inquietud

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

- Con cierto tipo de problemas, usted deberá usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, usted deberá usar el **proceso para presentar reclamos**, también llamado proceso de quejas formales.

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La guía que se encuentra en la sección 3 le ayudará a identificar el proceso que debe usar, así como lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo contienen términos legales. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y existe la posibilidad de que sean difíciles de entender. Para simplificar las cosas, en este capítulo:

- Utilizamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se menciona presentar un reclamo en lugar de tramitar una queja formal, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, determinación de cobertura o determinación en riesgo, y organización revisora independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- Además, se hace el menor uso de las abreviaturas como sea posible.

Sin embargo, y en ocasiones de mucha importancia, le resultará útil conocer los términos legales correctos. Saber qué términos usar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, hemos incluido términos legales en los casos en los que brindamos detalles para el manejo de algunos tipos de situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estaremos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene un reclamo sobre el tratamiento que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar el reclamo. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que también desee la ayuda u orientación de alguien

que no esté relacionado con nosotros. A continuación, incluimos dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados. Este programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros de salud o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe usar para manejar su problema. También responderán sus preguntas, le brindarán más información y le ofrecerán orientación acerca de lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del Programa SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y direcciones URL de los sitios web en la sección 3 del capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Puede comunicarse con Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare www.medicare.gov.

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe usar para resolver su problema?

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que son aplicables para su situación. La guía que incluimos a continuación le será de utilidad.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con los beneficios o la cobertura?

Esto incluye problemas acerca de si determinada atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos recetados de la Parte B) está cubierta o no, la manera en la que está cubierta y los problemas relacionados con el pago por su atención médica.

Sí.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **la sección 4, "Guía básica sobre las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Diríjase a **la sección 10**, al final de este capítulo: **Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía básica sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: lo que usted necesita saber

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, por lo general, nos referimos a los productos médicos, los servicios y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para asuntos tales como si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de su plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de negación estándar para este especialista médico o la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio al que se deriva nunca está cubierto bajo

ninguna condición. De igual manera usted o el médico pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura en caso de que el médico no esté seguro de si cubriremos determinado servicio médico o si se rehúsa a proporcionarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

En circunstancias limitadas, la solicitud para una decisión de cobertura se puede desestimar, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo una solicitud será desestimada incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien la realiza en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que la solicitud sea retirada. Si rechazamos la solicitud para la decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicándole por qué la misma fue rechazada y cómo solicitar una revisión de dicho rechazo.

Tomaremos una decisión de cobertura cada vez que decidamos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagaremos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho, ya sea antes o después de recibir un beneficio, puede **apelar** la decisión. La apelación es una manera formal de solicitar que revisemos y rectifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En algunas circunstancias, que explicaremos luego, puede solicitar una apelación expedita o **rápida** de una decisión de cobertura. La apelación será analizada por evaluadores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable.

Cuando usted apela a una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos las reglas de manera adecuada. Una vez completada la revisión, le haremos saber nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos dicha solicitud. Los ejemplos de cuándo una solicitud será desestimada incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien la realiza en su nombre, pero no está autorizado legalmente para hacerlo o si usted pide que la solicitud sea retirada. Si rechazamos la solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicándole por qué fue rechazada y cómo solicitar una revisión de dicho rechazo.

Si rechazamos la totalidad o una parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización revisora independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No es necesario que tome alguna acción para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que automáticamente enviemos su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte **la sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 por motivos de atención médica.

- Las apelaciones de la Parte D se discuten más adelante en la sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar con los siguientes niveles de apelación. La sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda al momento de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos que puede usar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede ponerse en contacto con Servicios para miembros**.
- **Puede recibir ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.
- **El médico puede presentar una solicitud en su nombre.** Si su médico ayuda con una apelación después del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Póngase en contacto con Servicios para miembros y pida **el formulario** *Nombramiento de representante*. El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**.**
  - Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B, el médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza la apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, el médico u otro profesional que emita recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega la apelación de Nivel 1, su médico o profesional que emita la receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Usted puede pedirle a alguien que lo represente.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
  - Si usted desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, póngase en contacto con Servicios para miembros y solicite el formulario *Nombramiento de un representante*. El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario otorga a dicha persona la autorización para actuar en su nombre. Deberá ser firmado por usted y por la persona que desee que actúe a su nombre. También deberá proporcionarnos una copia del formulario firmado.
  - Aunque podemos aceptar la solicitud de apelación sin el formulario, no podremos iniciar o completar nuestra revisión hasta haberlo recibido. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre la apelación, la solicitud se descartará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito

explicándole su derecho a solicitar a la organización revisora independiente que revise nuestra decisión de descartar la apelación.

- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede contactar a su propio abogado u obtener el nombre de uno en su colegio de abogados local o en algún otro servicio de referencias. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si cumple con los requisitos. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se brindan los detalles para su situación?

Existen cuatro tipos distintos de situaciones que tienen que ver con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, los detalles de cada una se incluyen en secciones separadas:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitar que le cubramos una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando de alta antes de tiempo".
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitar que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura finaliza antes de tiempo**". (***Se aplica únicamente a los siguientes servicios:* servicios de atención médica domiciliaria, atención médica en un centro de enfermería especializada y en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no sabe qué sección debe usar, llame a Servicios para miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el Programa SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 En esta sección se le indica lo que puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se hablará de sus beneficios para atención médica. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y el monto que usted debe pagar)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes a las de los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de estas cinco situaciones:

1. Usted no recibe determinada atención médica que desea y cree que dicha atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. El plan no aprueba la atención médica que el doctor u otro proveedor médico desea brindarle y considera que dicha atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que cree que debe ser cubierta por el plan, pero le informamos que no pagaremos por dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica que cree que debe ser cubierta por el plan y desea solicitar al plan que le reembolse el costo de dicha atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**

5. Se le ha informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que antes había sido aprobada será reducida o suspendida, y considera que la reducción o la suspensión de dicha atención podrían perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para servicios de atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Guía paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, esto se denomina **determinación de la organización.** Una decisión de cobertura acelerada se denomina **determinación expedita.**

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura acelerada.

Por lo general, la decisión de cobertura estándar se toma en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura acelerada generalmente se toma dentro de las 72 horas, en el caso de los servicios médicos o dentro de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para recibir una decisión de cobertura acelerada, debe cumplir con dos requisitos:

- *Sólo puede solicitar* cobertura para artículos y/o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos y/o servicios ya recibidos).

- Obtendrá una decisión de cobertura acelerada *únicamente* cuando el uso de los plazos estándar pudiera *provocar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad de funcionalidad.*
- **Si el médico nos informa que su salud requiere de una decisión de cobertura acelerada, automáticamente accederemos a proporcionársela.**
- **Si solicita una decisión de cobertura acelerada por cuenta propia, sin el respaldo del médico, nosotros decidiremos si su salud requiere de dicha decisión de cobertura acelerada.** Si no aprobamos una decisión de cobertura acelerada, le enviaremos una carta:
  - Explicándole que usaremos los plazos estándar.
  - Si el médico solicita la decisión de cobertura acelerada, le explicaremos que se la otorgaremos automáticamente.
  - Explicándole que puede presentar un reclamo acelerado acerca de nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura acelerada que solicitó.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura acelerada.

- Primero llame, escriba o envíe un fax al plan para solicitarnos que le autoricemos o proporcionemos la cobertura de atención médica que desea. Tanto usted como el médico o su representante pueden hacerlo. El capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándar.
Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **para un servicio o artículo médico.** En caso de que la solicitud sea **para un medicamento recetado de la Parte B, le responderemos en un plazo de 72 horas posteriores** a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo, si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales si su solicitud es para un artículo o servicio médico**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si la solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo acelerado. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. El proceso para presentar un reclamo es diferente al de las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos.

Para las decisiones de cobertura acelerada, usamos un plazo expedito.

Una decisión de cobertura acelerada significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si la solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo acelerado. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta a la solicitud es negativa, ya sea a una parte o a su totalidad**, le enviaremos un informe por escrito en el que le explicaremos el motivo de nuestra decisión.

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

Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión presentando una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Guía paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación a una decisión de cobertura de atención médica se denomina una **reconsideración** del plan. Una apelación acelerada también se denomina **reconsideración expedita**.

Paso 1: Decidir si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación acelerada se realiza dentro de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos referente a la cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación acelerada. Si el médico nos indica que su salud requiere una apelación acelerada, se la otorgaremos.
- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que para obtener una decisión de cobertura acelerada que figuran en la sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicitar una apelación o una apelación acelerada al plan.

- **Si solicita una apelación estándar, envíe dicha apelación por escrito.** También puede solicitar una apelación comunicándose con nosotros por teléfono. El capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación acelerada, presente su apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si dejó pasar este plazo debido a una razón válida, explique la razón de dicho atraso al momento de presentar la apelación. Le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de razones válidas para dejar pasar la fecha límite pueden ser una enfermedad grave que le haya impedido contactarnos o que nosotros le hayamos proporcionado información errónea o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación.** Podemos cobrarle una tarifa por reproducir las copias y enviarle dicha información.

Paso 3: Consideraremos la apelación y le proporcionaremos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revise su apelación, revisaremos detenidamente toda la información. Verificaremos haber seguido todas las reglas cuando rechazamos dicha solicitud.
- De ser necesario, reuniremos más información, posiblemente comunicándonos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación acelerada

- Para apelaciones aceleradas, deberemos informarle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 72 horas luego de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
    - **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podremos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
    - Si no le proporcionamos una respuesta dentro de 72 horas (o al finalizar el período extendido en caso de que hayamos tomado días adicionales), debemos enviar automáticamente la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una organización revisora independiente. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta a la solicitud es afirmativa, ya sea para toda o para una parte,** debemos autorizarle o proporcionarle la cobertura que aceptamos brindarle dentro de 72 horas posteriores a la recepción de la apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea a toda o a una parte,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2. La organización revisora independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 30 días calendario** luego de recibir su apelación. Si la solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le responderemos **en un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de la apelación. Le otorgaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
  - **Sin embargo**, si pide más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, **podemos tomar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para emitir una decisión si la solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si usted considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo acelerado. Al presentarlo, responderemos el reclamo acelerado dentro de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos).
  - Si no le proporcionamos una respuesta antes de la fecha límite o al finalizar el período extendido, enviaremos la solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que la organización revisora independiente revisará la apelación. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es afirmativa, ya sea a una parte o a su totalidad,** deberemos autorizar o proporcionar cobertura dentro **30 días calendario si solicita un servicio o artículo médico, o dentro de 7 días calendario si su solicitud** es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si el plan rechaza la apelación, ya sea a una parte o a su totalidad,** enviaremos automáticamente la apelación a la organización revisora independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Guía paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización revisora Independiente es **Entidad Revisora Independiente (Independent Review Entity, IRE).** En ocasiones se la denomina **IRE.**

La **organización revisora independiente es una empresa independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y tampoco es una agencia gubernamental. Dicha organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debe rectificarse. Medicare, por su parte, supervisa su labor.

Paso 1: La organización revisora independiente analiza la apelación.

- Nosotros enviaremos la información de la apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente**. Se nos permite cobrarle una tarifa por reproducir las copias y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización revisora independiente para respaldar la apelación.
- Los evaluadores de la organización revisora independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Para la apelación acelerada, la organización revisora deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización revisora independiente necesita reunir información adicional que podría beneficiarle, **podría tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización revisora independiente no puede tomarse tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si usted tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización revisora deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir de la fecha de recepción de su apelación. Si la solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización revisora deberá otorgarle una respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha de recepción de su apelación.
- Sin embargo, si la solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización revisora independiente necesita reunir información adicional que podría beneficiarle, **podría tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización revisora independiente no puede tomarse tiempo adicional para emitir una decisión si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización revisora independiente le comunica su respuesta.

La organización revisora independiente le informará la decisión por escrito y le explicará las razones de esta.

- **Si la organización revisora responde de forma afirmativa a una parte o la totalidad de la solicitud para un artículo o servicio médico, debemos autorizarle la** cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionarle el servicio en un plazo de 14 días calendario posteriores a la fecha en que recibimos la decisión por parte de la organización revisora para solicitudes estándar. Para solicitudes expeditas, disponemos de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión por parte de la organización revisora.
- **Si la organización revisora responde de forma afirmativa a una parte o la totalidad de la solicitud para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizarle o proporcionarle dicho medicamento dentro de **72 horas posteriores a la fecha** de recepción de la decisión de parte de la organización revisora para **solicitudes estándar.** Para **solicitudes expeditas,** disponemos de **24 horas a partir** de la fecha en que recibamos la decisión por parte de la organización revisora.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que coinciden con nosotros respecto a que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se **denomina ratificar la decisión** o **rechazar la apelación**). En este caso, la organización revisora independiente le enviará una carta:
  - Explicándole su decisión.
  - Notificándole el derecho a una apelación de Nivel 3 si el monto en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un monto mínimo. En el aviso por escrito que reciba de la organización revisora independiente se le indicará el monto en dólares que deberá cumplir para continuar con el proceso de apelación.
  - Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

<u>Paso 3:</u> Si su caso reúne los requisitos, usted elige si desea continuar con la apelación.

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, en total son cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibirá después del proceso de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es atendida por un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. En la sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelaciones de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?

En el capítulo 7 se describe en qué momento podría necesitar solicitar un reembolso o pagar la factura enviada por un proveedor. También le indicamos cómo hacernos llegar los documentos para solicitarnos un pago.

Solicitar un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía los documentos solicitando un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También revisaremos si usted cumplió con todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: Si la atención médica se encuentra cubierta y cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si usted aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* cumplió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que indicaremos que no pagaremos por la atención médica y le explicaremos los motivos.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la sección 5.3. En el caso de apelaciones relativas al reembolso tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos proporcionarle nuestra respuesta dentro de 60 días calendario posteriores a la recepción de la solicitud. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que usted ya recibió y pagó, no tiene permitido solicitar una apelación acelerada.
- Si la organización revisora independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a la apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, deberemos enviarle el pago requerido a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 En esta sección se indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de dicho medicamento

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse bajo indicación médica. Consulte el capítulo 5 para obtener información adicional sobre un medicamento bajo indicación médica. Consulte los capítulos 5 y 6 para obtener más información sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D. **Esta sección corresponde únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, comúnmente usamos el término *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de*

la Parte D cada vez. También usamos el término "Lista de medicamentos" en lugar de Lista de medicamentos cubiertos o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si la farmacia le indica que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones respecto a la cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es aquella que tomamos con respecto a los beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de estas situaciones:

- Solicitarnos cobertura para un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una exención de una restricción de la cobertura del plan para un medicamento, por ejemplo, los límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, la autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento recetado que usted ya adquirió. **Solicitar que le hagamos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección le informaremos cómo solicitar las decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Solicitar cobertura para un medicamento que no forma parte de la Lista de medicamentos en ocasiones se denomina solicitar una **excepción al formulario**. Solicitar que se elimine una restricción de la cobertura de un medicamento en ocasiones se denomina solicitar una **excepción al formulario**. Solicitar un pago menor por un medicamento no preferido cubierto en ocasiones se denomina pedir una **excepción de niveles.**

Si un medicamento no es cubierto como usted lo desea, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Esta situación es un tipo de decisión de cobertura.

A fin de que consideremos la solicitud de excepción, el médico u otro profesional que emite recetas deberán explicarle las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, incluimos dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que prescriba sus recetas pueden solicitarnos para:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté incluido en nuestra "Lista de medicamentos".** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está incluido en la "Lista de medicamentos", usted deberá pagar los costos compartidos aplicables a los medicamentos de marca en el nivel 5 o a los medicamentos genéricos**. No puede solicitar una excepción al costo compartido que debe pagar por el medicamento.**
2. **Cómo eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento cubierto.** En el capítulo 5, se describen las reglas adicionales o restricciones que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y omitimos una restricción en su caso, podrá solicitar una excepción del monto de los costos compartidos que debe pagar por el medicamento.
3. **Cómo cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos más bajo.** Cada medicamento incluido en nuestra "Lista de medicamentos" se encuentra en uno de los seis niveles de costos compartidos. Por lo general, entre más bajo sea el número del nivel de costos compartidos, la parte del costo del medicamento que le corresponde pagar a usted será menor.

- Si nuestra "Lista de medicamentos" contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que están en un nivel de costos compartidos más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto de costos compartidos correspondiente al medicamento alternativo.
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos el medicamento a un monto menor del costo compartido. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto de costos compartidos aplicable al nivel más bajo que contiene alternativas del medicamento de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos el medicamento al monto de costos compartidos aplicable al nivel más bajo que

contiene cualquiera de las alternativas de los medicamentos de marca o genéricos para tratar la afección.

- No podrá solicitarnos que cambiemos el nivel de costos compartidos para ningún medicamento que se encuentre en el Nivel 5.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de niveles, generalmente pagará el monto más bajo, a pesar de que existe más de un nivel de costos compartidos más bajos con medicamentos alternativos que no puede tomar.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe conocer para solicitar excepciones

El médico debe informarnos las razones médicas

El médico, u otro profesional que emite recetas, deberá enviarnos un informe explicando las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, adjunte la información clínica proporcionada por el médico, u otro profesional que emite recetas, al momento de solicitar la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección médica específica. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo puede ser tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no ocasiona más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de niveles, por lo general *no* aprobaremos la solicitud de excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos en el nivel de costos compartidos más bajo obtenga resultados favorables para usted u ocasionen reacciones adversas o algún otro daño.

Podemos aprobar o rechazar la solicitud

- Si aprobamos la solicitud de excepción, por lo general, nuestra aprobación será válida hasta el término del año del plan. Esto seguirá siendo así mientras el médico continúe recetándole el medicamento y dicho medicamento continúe siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos la solicitud, usted puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Guía paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una decisión de cobertura acelerada se denomina **determinación de cobertura expedita.**

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura acelerada.

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de las 72 horas posteriores de haber recibido el informe del médico. **Las decisiones de cobertura aceleradas** se toman dentro de **las** 24 horas posteriores de haber recibido el informe del médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos que le proporcionemos una decisión de cobertura acelerada. **Para obtener una decisión de cobertura acelerada, deberá cumplir con dos requisitos:**

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. No podrá solicitar la decisión de cobertura acelerada para que se le reembolse un medicamento que ya compró.
- Usar los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otro profesional que emite recetas nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura acelerada, aceptaremos dársela de manera automática.**
- **Si solicita una decisión de cobertura acelerada por cuenta propia, sin el apoyo del médico u otro profesional que emite recetas, decidiremos si su salud requiere que le proporcionemos una decisión de cobertura acelerada.** Si no aprobamos una decisión de cobertura acelerada, le enviaremos una carta:
    - Explicándole que usaremos los plazos estándar.
    - Explicándole que, si su médico u otro profesional que emite recetas solicita la decisión de cobertura acelerada, se la concederemos de manera automática.
    - Informándole que usted puede presentar un reclamo acelerado acerca de nuestra decisión de darle una decisión estándar, en lugar de la decisión de cobertura acelerada que usted solicitó. Responderemos su reclamo en un plazo de 24 horas posteriores a su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura acelerada.

Primero llame, escriba o envíe un fax al plan para solicitarnos que le autoricemos o proporcionemos la cobertura de atención médica que desea. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura desde nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada con el *formulario de Solicitud de determinación de cobertura de CMS Model* o con el formulario del plan, que está disponible en www.prominencemedicare.com. El capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifique cuál de las reclamaciones que fue rechazada está siendo apelada.

Esto puede hacerlo usted, el médico (u otro profesional que emite recetas) o su representante. Un abogado también puede actuar en su nombre. En la sección 4 de este capítulo se le indica cómo puede dar su autorización por escrito para que otra persona actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la documentación de respaldo, es** decir, la razón médica para la excepción. Su médico u otro profesional que emite recetas pueden

enviarnos la documentación por correo o por fax. O su médico u otro profesional que emite recetas puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o correo postal un informe por escrito de ser necesario.

Paso 3: Consideramos la solicitud y le proporcionamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura acelerada

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 24 horas** luego de recibir su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le responderemos dentro de 24 horas posteriores a la recepción de la documentación de respaldo por parte del médico. Le daremos nuestra respuesta con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a la solicitud es afirmativa, ya sea a una parte o a su totalidad,** debemos proporcionarle la cobertura que acordamos brindarle dentro de 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud o al informe de su médico que la respalde.
- **Si nuestra respuesta a la solicitud es negativa, ya sea a una parte o a su totalidad,** le enviaremos un informe por escrito en el que le explicaremos el motivo de nuestra decisión. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar acerca de un medicamento que aún no haya recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 72 horas** luego de recibir su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le responderemos en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de la documentación de respaldo por parte del médico. Le daremos nuestra respuesta con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es afirmativa, ya sea a una parte o a su totalidad deberemos proporcionarle la cobertura** que aceptamos brindarle **dentro de las 72 horas posteriores** de haber recibido su solicitud o la documentación de respaldo de su médico.
- **Si nuestra respuesta a la solicitud es negativa, ya sea a una parte o a su totalidad**, le enviaremos un informe por escrito en el que le explicaremos el motivo de nuestra decisión. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos proporcionarle nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario** posteriores a la recepción de la solicitud.

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una organización revisora independiente.

- **Si nuestra respuesta a la solicitud es afirmativa, ya sea a una parte o a su totalidad,** también deberemos hacerle el pago en un plazo de 14 días calendarios posteriores a la recepción de la solicitud.
- **Si nuestra respuesta a la solicitud es negativa, ya sea a una parte o a su totalidad**, le enviaremos un informe por escrito en el que le explicaremos el motivo de nuestra decisión. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos la solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión presentando una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que comenzará en el Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Guía paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación a una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D se denomina una **redeterminación** del plan. Una apelación acelerada también se denomina **redeterminación expedita.**

Paso 1: Decidir si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Por lo general, una apelación estándar se realiza dentro de 7 días calendario. Por lo general, una apelación acelerada se realiza dentro de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación acelerada.

- Si usted está apelando una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted junto con el médico, u otro profesional que emite recetas, necesitarán decidir si necesita una apelación acelerada.
- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que para obtener una decisión de cobertura acelerada que figuran en la sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que emite recetas deberá comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar una apelación acelerada.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones aceleradas, envíe su apelación por escrito o llámenos**. El capítulo 2 contiene la información de contacto.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada con el *formulario de Solicitud de determinación de cobertura de CMS Model*, que está disponible en www.prominencemedicare.com. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relacionada con su reclamación para ayudarnos en el procesamiento de su solicitud.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si dejó pasar este plazo debido a una razón válida, explique la razón de dicho atraso al momento de presentar la apelación. Le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de razones válidas para dejar pasar la fecha límite pueden ser una enfermedad grave que le haya impedido contactarnos o que nosotros le hayamos proporcionado información errónea o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar la apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información incluida en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación. Podemos cobrarle una tarifa por reproducir las copias y enviarle dicha información.

Paso 3: Consideraremos la apelación y le proporcionaremos nuestra respuesta.

- Cuando revisemos la apelación, volveremos a revisar cuidadosamente toda la información relacionada con la solicitud de cobertura. Verificaremos haber seguido todas las reglas cuando rechazamos dicha solicitud. Podemos contactarle a usted o al médico, u otro profesional que emite recetas, para obtener información adicional.

Plazos para una apelación acelerada

- Para apelaciones aceleradas, deberemos informarle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 72 horas luego de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta con mayor prontitud si su salud así lo requiere.
  - Si no le proporcionamos una respuesta dentro de 72 horas, debemos enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una organización revisora independiente. En la sección 6.6 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta a la solicitud es afirmativa, ya sea a una parte o a su totalidad,** debemos proporcionarle la cobertura que acordamos brindarle dentro de 72 horas posteriores a la recepción de la apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea a una parte o a su totalidad,** le enviaremos un informe por escrito en el que le explicaremos el motivo de nuestra decisión y cómo puede apelar a ella.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de un plazo de 7 días calendario** luego de recibir su apelación. Si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere, le otorgaremos nuestra decisión en un plazo menor.

- Si no le proporcionamos una decisión dentro de 7 días calendario, debemos enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una organización revisora independiente. En la sección 6.6 se explica el proceso de apelación del Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta a la solicitud es afirmativa, ya sea a una parte o a su totalidad,** deberemos proporcionarle la cobertura acordada tan rápido como su salud lo requiera, pero en un plazo no mayor a **7 días** calendario luego de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa, ya sea a una parte o a su totalidad,** le enviaremos un informe por escrito en el que le explicaremos el motivo de nuestra decisión y cómo puede apelar a ella.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos proporcionarle nuestra respuesta **dentro de 14 días calendario** posteriores a la recepción de la solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar la solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será analizada por una organización revisora independiente.
- **Si nuestra respuesta a la solicitud es afirmativa, ya sea a una parte o a su totalidad,** también deberemos hacerle el pago en un plazo de **30 días calendario posteriores** a la recepción de la apelación.
- **Si nuestra respuesta a la solicitud es negativa, ya sea a una parte o a su totalidad**, le enviaremos un informe por escrito en el que le explicaremos el motivo de nuestra decisión. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que la apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Guía paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización revisora Independiente es **Entidad Revisora Independiente (Independent Review Entity, IRE).** En ocasiones se la denomina **IRE.**

La organización revisora independiente es una empresa independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y tampoco es una agencia gubernamental. Dicha organización decidirá si la decisión que tomamos es correcta o si debe rectificarse. Medicare, por su parte, supervisa su labor.

Paso 1: Usted, su representante, el médico u otro profesional que emite recetas, debe comunicarse con la organización revisora independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviemos incluirá **instrucciones acerca de cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización revisora independiente. Dichas instrucciones le indicarán quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo contactar a la organización revisora. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable respecto de la determinación de **riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, automáticamente enviaremos su reclamación a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información de la apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente**. **Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente**. Se nos permite cobrarle una tarifa por reproducir las copias y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar información adicional a la organización revisora independiente para respaldar la apelación.

Paso 2: La organización revisora independiente analiza la apelación.

Los evaluadores de la organización revisora independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación acelerada

- Solicite una apelación acelerada a la organización revisora independiente si su salud así lo requiere.
- Si la organización acepta darle una apelación acelerada, dicha organización deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para las apelaciones estándar

- Para apelaciones estándar, la organización revisora deberá dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya compró, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización revisora independiente le comunica su respuesta.

Para apelaciones aceleradas:

- **Si la organización revisora independiente acepta una parte de su solicitud o su totalidad, debemos** proporcionarle la cobertura para el medicamento aprobada por la organización revisora **en un plazo de 24 horas luego** de que recibamos la decisión de la organización revisora.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización revisora independiente acepta una parte de su solicitud o su totalidad, deberemos proporcionarle la cobertura para el medicamento aprobada por** la organización revisora **dentro de un plazo de 72 horas luego** de que recibamos la decisión de la organización revisora.
- **Si la organización revisora independiente responde afirmativamente a una parte o la totalidad de la solicitud para reembolsarle** un medicamento que ya compró, deberemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización revisora rechaza su apelación?

Si dicha organización rechaza la apelación, **ya sea a una parte o a su totalidad**, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud, o a una parte de ella. (Esto se denomina **ratificar la decisión**. También se le llama **rechazar la apelación**). En este caso, la organización revisora independiente le enviará una carta:

- Explicándole su decisión.
- Notificándole su derecho a una presentar una apelación de Nivel 3 si el monto en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un monto mínimo. Si el monto en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- Le indicaremos el monto en dólares que debe disputarse para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, usted elige si desea continuar con la apelación.

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, en total son cinco niveles de apelación.
- Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es atendida por un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. En la sección 9 de este capítulo se le brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización prolongada si usted considera que le han dado el alta antes de tiempo

Cuando sea ingresado en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante la hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted y lo prepararán para el día en que sea dado de alta. Le ayudarán a hacer los arreglos para la atención que usted necesitará luego de recibir el alta.

- El día en que sale del hospital se denomina **fecha de alta**.
- Cuando se decida la fecha de su alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si considera que le dan el alta del hospital muy pronto, solicite una hospitalización más prolongada y dicha solicitud será tomada en consideración.

Sección 7.1 Durante la hospitalización recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informarán sus derechos

Dentro de los siguientes dos días calendario después de ser admitido en el hospital, se le proporcionará un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso Si no recibe el aviso de alguien del hospital, por ejemplo, un trabajador social o un enfermero, solicíteselo a cualquier empleado del hospital. Si requiere ayuda, llame a Servicios para miembros o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso con atención y haga preguntas, si no lo entiende.** Le informa:
   - El derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización, según lo haya indicado el médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son dichos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión relacionada con su hospitalización.
   - Dónde informar sus inquietudes con respecto a la calidad de la atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si usted considera que se le está dando el alta antes de tiempo. Esta es una manera formal y legal de solicitar una prórroga en la fecha de su alta para que podamos cubrir su atención hospitalaria durante más tiempo.
2. **Se le solicitará que firme el aviso por escrito para dar acuse de recibo y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted, o a la persona que le representa, que firme el aviso.

- Su firma en el aviso *únicamente* demuestra que ha recibido la información acerca de sus derechos. El aviso no indica la fecha del alta. Su firma en el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. **Conserve una copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación, o informar una inquietud con respecto a la calidad de la atención, si fuera necesario.
   - Si firma el aviso en un plazo mayor a dos días antes del alta del hospital, recibirá una copia adicional antes de que esta sea programada.
   - Para ver este aviso con anticipación, usted puede llamar a Servicios para miembros 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 puede acceder al aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 7.2 Guía paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para modificar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por un período mayor, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar dicha solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos para hacerlo.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**: Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante la apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analiza su apelación. Esta verifica que la fecha de alta programada sea adecuada para usted desde el punto de vista médico.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para estas personas. Estos expertos no forman parte del plan.

Paso 1: Contacte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Deberá actuar con prontitud.

¿Cómo puedo contactar a esta organización?

- En el aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) se le dice cómo contactar a esta organización. O consulte el nombre, la dirección

y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe con prontitud:

- Para presentar su apelación, deberá contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **no más tarde de la medianoche del día de su alta.**
    - **Si cumple con este plazo,** se le permitirá permanecer en el hospital *después* **de** su fecha de alta *sin necesidad de pagar su estancia* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
    - **Si *no* cumple con este plazo y decide** permanecer en el hospital incluso después de su fecha de alta programada, *es posible que usted deba pagar todos los costos* **de** la atención hospitalaria que reciba luego de dicha fecha.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le proporcionaremos un **Aviso detallado sobre el alta**. En este aviso se le proporciona la fecha de alta programada y se le explica en detalle las razones por las que el médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Para ver un ejemplo del **Aviso detallado de alta** puede llamar a Servicios para miembros 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 puede acceder al aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente del caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, es decir, los *evaluadores*, le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo, si lo desea.
- Los evaluadores también revisarán su información médica, hablarán con el médico y analizarán la información que el hospital y nosotros les proporcionemos.
- Antes del mediodía del día después de que los evaluadores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito, de nuestra parte, en el que se le informará su fecha de alta programada. Este aviso también explica detenidamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará respuesta a la apelación, al término del día siguiente de reunir toda la información necesaria.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización revisora responde *afirmativamente*, **debemos continuar proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos, en tanto estos se consideren necesarios desde el punto de vista médico.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos, como deducibles o copagos, si corresponde. Además, podrán aplicarse limitaciones a los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización revisora *rechaza* su apelación, significa que consideran que su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios terminará** al mediodía del día *siguiente* a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé respuesta a su apelación.
- Si la organización revisora responde *negativamente* a la apelación y usted decide permanecer en el hospital, entonces **deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día siguiente en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé respuesta a la apelación.

Paso 4: Si la respuesta a la apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación *y usted* permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, entonces podrá presentar otra apelación. Si la presenta, significa que está pasando al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Guía paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para modificar su fecha de alta del hospital

En la apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de la hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: Contacte nuevamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una nueva revisión.

- Usted deberá solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Usted podrá solicitar esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión del caso.

- Los evaluadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de la solicitud de apelación de Nivel 2, los evaluadores tomarán una decisión sobre la apelación y le informarán dicha decisión.

Si la organización revisora responde afirmativamente:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria recibida desde el mediodía del día posterior a la fecha en que su primera apelación fue rechazada por la Organización para el Mejoramiento de la Calidad. **Deberemos seguir proporcionándole cobertura para la atención hospitalaria como paciente internado mientras sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los gastos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

Si la organización revisora responde de forma negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre la apelación de Nivel 1. Esto se denomina ratificar la decisión.
- En el aviso por escrito que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con la apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, en total son cinco niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es atendida por un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. En la sección 9 de este capítulo se le brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitar que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura finaliza antes de tiempo

Sección 8.1 *Esta sección solo corresponde a tres servicios:* Servicios de atención médica domiciliaria, atención médica en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Cuando usted reciba la cobertura de **servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o atención en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**, tiene derecho a continuar recibiendo sus servicios para ese tipo de atención siempre que dicha atención sea necesaria para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es momento de suspender cualquiera de los tres tipos de atención que recibe, deberemos avisarle con anticipación. Cuando la cobertura para ese tipo de atención termine, dejaremos de pagar nuestra parte de los gastos de esta.

Si usted cree que es demasiado pronto para que finalicemos la cobertura de su atención, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal
Aviso de No cobertura de Medicare. Le explicaremos cómo puede solicitar una **apelación acelerada.** Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo suspender su atención.

1. **Le notificaremos por escrito** cuando nuestro plan deje de cubrir su atención médica, al menos con dos días calendario de anticipación. En dicho aviso, se le informa:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitar que continuemos con la cobertura de su atención médica durante un período más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted o alguien que actúe en su representación que firme el aviso por escrito como acuse de recibo.** Su firma en el **aviso** *únicamente* confirma que recibió la información acerca de la fecha de finalización de la cobertura. **En otras palabras, firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Guía paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un tiempo prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar dicha solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son los plazos para hacerlo.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**: Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización gubernamental que proporciona asistencia personalizada.

Durante la apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analiza su apelación. Esta decide si la fecha de finalización de su atención es adecuada desde el punto de vista médico.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** está formada por un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud pagados por el gobierno federal para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de las personas que cuentan con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan respecto al momento adecuado para dejar de cubrir determinado tipo de atención médica. Estos expertos no forman parte del plan.

Paso 1: Presente la apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite *una apelación acelerada*. Deberá actuar con prontitud.

¿Cómo puedo contactar a esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de No Cobertura de Medicare*), se le indica cómo comunicarse con dicha organización. O consulte el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe con prontitud:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar con la apelación **antes del mediodía del día anterior de la fecha de entrada en vigor** del *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si deja pasar la fecha límite y desea presentar una apelación, todavía tiene derechos de apelación. Comuníquese con su Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente del caso.

Término legal
Explicación detallada de no cobertura. Aviso en el que se proporcionan detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante la revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, es decir, los evaluadores, le preguntarán a usted, o a su representante, por qué considera que la cobertura de los servicios debería continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo, si lo desea.
- La organización revisora también analizará su información médica, hablará con el médico y revisará la información que el plan les haya proporcionado.
- Antes de que termine el día en que los evaluadores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un **Aviso detallado de no cobertura** de nuestra parte en el que se explicarán con detenimiento nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Al cabo de un día después de obtener la información necesaria, los evaluadores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los evaluadores responden afirmativamente?

- Si los evaluadores responden *afirmativamente* a la apelación, entonces **deberemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos mientras se considere necesario desde el punto de vista médico.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos, como deducibles o copagos, si corresponde. Existe la posibilidad de que se apliquen limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si los evaluadores responden negativamente?

- Si los evaluadores responden *negativamente*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le comunicamos.**
- Si decide continuar recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que la cobertura termine, entonces **deberá pagar el costo total** de dicha atención por cuenta propia.

Paso 4: Si la respuesta a la apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los evaluadores responden *negativamente* a su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención luego de que haya finalizado la cobertura, usted puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Guía paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período prolongado

En la apelación de Nivel 2, usted le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica domiciliaria, de atención médica en un centro de enfermería especializada o en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Contacte nuevamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una nueva revisión.

- Usted deberá solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Podrá solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención médica después de la fecha en que finalizó la cobertura para la misma.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión del caso.

- Los evaluadores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días posteriores a la recepción de la solicitud de apelación, los evaluadores tomarán una decisión con respecto a la apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización revisora responde afirmativamente?

- **Deberemos reembolsarle** su parte de los costos de la atención que usted haya recibido desde la fecha en la que le informamos que su cobertura finalizaría. **Deberemos continuar proporcionándole cobertura** para su atención mientras sea necesario desde el punto de vista médico.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización revisora responde negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre la apelación de Nivel 1.
- En el aviso por escrito que reciba se le explicará lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. En él se le darán detalles acerca de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, el cual es atendido por un juez de derecho administrativo o un abogado litigante.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con la apelación.

- Existen otros tres niveles de apelación después del Nivel 2, en total son cinco niveles de apelación. Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es atendida por un juez de derecho administrativo o un abogado litigante. En la sección 9 de este capítulo se le brinda más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 o niveles posteriores

Sección 9.1 Apelación de niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección podría ser de su interés si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el monto en dólares del artículo o servicio médico, por el cual apeló, cumple con determinados niveles mínimos, podrá avanzar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá presentar más apelaciones. En la respuesta por escrito que recibirá de la apelación de Nivel 2 se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Estas son las personas que se encargan de revisar la apelación en cada uno de esos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal** revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado litigante responde afirmativamente a su apelación, es *posible* que el proceso de apelaciones *termine* o no.** A diferencia de la decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, esto continuará con una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, deberemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado litigante.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con los documentos correspondientes. Es posible que esperemos la decisión a la apelación de Nivel 4 antes de autorizarle o proporcionarle la atención médica en disputa.

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado litigante responde negativamente a la apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
    - Si usted decide aceptar la decisión de rechazo a la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará qué hacer para pasar a una apelación de Nivel 4.

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 responde afirmativamente a la apelación, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a su apelación de Nivel 3, es posible que el proceso de apelaciones *termine* o *no*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que resulte favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, deberemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido 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 apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
    - Si usted decide aceptar la decisión de rechazo a la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
    - Si no desea aceptar la decisión, podrá continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde negativamente a la apelación, el aviso que recibirá le informará si el reglamento le permite continuar con una apelación en el Nivel 5 y cómo continuar con esta.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Juzgado federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen niveles de apelación adicionales al Juzgado federal de distrito.

Sección 9.2 Apelación de niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección podría ser de su interés si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el monto en dólares del medicamento, por el que apeló, cumple con un monto en dólares determinado, podrá avanzar a niveles de apelación adicionales. Si el monto en dólares es menor, no podrá apelar más. En la respuesta por escrito que recibirá de la apelación de Nivel 2 se le explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Estas son las personas que se encargan de revisar la apelación en cada uno de esos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez de derecho administrativo o un abogado litigante que trabaja para el gobierno federal** revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones habrá finalizado**. Deberemos **autorizar o proporcionarle la cobertura para el medicamento** aprobado por el juez de derecho administrativo o abogado litigante **dentro de 72 horas, 24 horas para apelaciones aceleradas, o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario** luego de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si usted decide aceptar la decisión de rechazo a la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibirá le indicará qué hacer para pasar a una apelación de Nivel 4.

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 habrá finalizado**. Deberemos **autorizar o proporcionarle la cobertura para el medicamento** aprobado por el Consejo **dentro de 72 horas, 24 horas para apelaciones aceleradas, o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario** luego de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si usted decide aceptar la decisión de rechazo a la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado.
  - Si no desea aceptar la decisión, podrá continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde negativamente a la apelación o rechaza la solicitud de revisión, el aviso le informará si el reglamento le permite continuar con una apelación en el Nivel 5. También se le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación, si decide avanzar con su apelación.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Juzgado federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen niveles de apelación adicionales al Juzgado federal de distrito.

CÓMO PRESENTAR RECLAMOS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se resuelven mediante el proceso de reclamo?

El proceso de reclamos se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Entre ellos se encuentran problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. Estos son algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan mediante el proceso de reclamo.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿Se siente insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido, incluida la atención hospitalaria?
Respeto a la privacidad	• ¿Alguien incumplió su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio de atención al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien fue descortés o le faltó al respeto? • ¿Está disconforme con nuestros Servicios para miembros? • ¿Siente que lo están presionando para que abandone el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para concertar una cita? o ¿tiene que esperar demasiado para obtenerla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar mucho? ¿Alguien de nuestro Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan le han hecho esperar demasiado? o Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de reconocimiento médico, o al obtener una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de la clínica, hospital o consultorio médico?

Reclamo	Ejemplo
Información proporcionada por nosotros	• ¿No le proporcionamos el aviso necesario? • ¿Es difícil comprender nuestra información escrita?
Puntualidad (Todos estos tipos de reclamos se relacionan con la *puntualidad* de nuestras acciones respecto a las decisiones de cobertura y apelaciones)	No obstante, si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que nuestra respuesta no es lo suficientemente rápida, puede presentar un reclamo con respecto a nuestra tardanza. Estos son algunos ejemplos: • Usted nos solicitó una *decisión de cobertura acelerada* o una "*apelación acelerada*" y nosotros respondimos de forma negativa. En este caso, puede presentar un reclamo. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar un reclamo. • Si considera que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsar ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar un reclamo. • Considera que no hemos cumplido con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización revisora independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 Cómo presentar un reclamo

Términos legales

- Un **reclamo** también se denomina **queja formal.**
- **Hacer un reclamo** también se conoce como **presentar una queja formal.**
- **Otra manera de decir utilizar el proceso de reclamos** es **utilizar el proceso para presentar una queja formal.**
- Un **reclamo acelerado** también se denomina una **queja formal expedita.**

Sección 10.3 Guía paso a paso: Cómo presentar un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros a la brevedad, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, el primer paso consiste en llamar a Servicios para miembros.** Si hay algo más que usted deba hacer, se lo informarán desde Servicios para miembros.

- **Si no desea llamar, o llamó y no quedó satisfecho, puede presentar un reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presenta el reclamo por escrito, nosotros le responderemos por escrito.
- El **plazo** para presentar un reclamo es de 60 días calendario desde el momento en el que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos el reclamo y le otorgamos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, es posible que le respondamos en esa misma llamada.
- **La mayoría de los reclamos reciben una respuesta en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted solicita más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su reclamo. Si decidimos usar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo debido a que rechazamos su solicitud de decisión de cobertura acelerada o una apelación acelerada, le otorgaremos automáticamente un reclamo acelerado.** Si cuenta con un reclamo acelerado, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no aceptamos** una parte de su reclamo o la totalidad, o si no asumimos la responsabilidad del problema motivo de su reclamo, le informaremos los motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención médica ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando el reclamo sea relacionado con la *calidad de la atención*, también cuenta con otras dos opciones:

- **Puede presentar su reclamo directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**.
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en la atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre *Prominence Extra Help HMO* directamente a Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, diríjase a: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cómo finalizar su afiliación al plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su afiliación a nuestro plan

La finalización de su afiliación a Prominence Extra Help HMO puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no por elección suya):

- Puede abandonar el plan porque decidió que *desea* hacerlo. Las secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo terminar su afiliación de forma voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que estamos obligados a terminar su afiliación. En la sección 5 se mencionan las situaciones en las que debemos terminar su afiliación.

Si usted abandona el plan, nosotros deberemos continuar proporcionándole atención médica y usted continuará pagando sus costos compartidos hasta que finalice su afiliación.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su afiliación a nuestro plan?

Sección 2.1 Puede terminar su afiliación durante el Período de inscripción anual

Puede terminar su afiliación a nuestro plan en el **Período de inscripción anual,** también conocido como **Período de inscripción abierta anual**. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y tome una decisión referente a la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Puede optar por conservar la cobertura actual o realizar cambios en la misma para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos recetados.
    - Original Medicare *con* un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare.
    - *O bien,* Original Medicare *sin* un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare.
        - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

      Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se mantiene sin una cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une más adelante a un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su afiliación a nuestro plan** finalizará cuando comience la cobertura de su plan nuevo el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede terminar su afiliación durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** .

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
    - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos recetados.
    - Cancelar la inscripción del plan y obtener una cobertura por medio de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su afiliación finalizará** el primer día del mes siguiente al que se inscribió en un plan Medicare Advantage diferente o a que recibamos su solicitud de cambiarse a Original Medicare. Si también opta por inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su afiliación en el plan de medicamentos iniciará el primer día del mes posterior a la fecha en la que el plan recibe la solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede terminar su afiliación durante el Período de inscripción especial

En determinados casos, los miembros de Prominence Extra Help HMO pueden ser elegibles para finalizar su afiliación en otros períodos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Es posible que sea elegible para finalizar la afiliación durante un Período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, para consultar la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de **Medicare (**www.medicare.gov):

- Por lo general, cuando usted se haya mudado.
- Si cuenta con Medicaid.
- Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" que le ayudará con el pago de las recetas de Medicare.
- Si infringimos el contrato con usted.

- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, comuníquese con 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. Si es elegible para finalizar su afiliación debido a una situación especial, podrá optar por cambiar tanto la cobertura de salud como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare.
- *O bien,* Original Medicare *sin* un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare.

> **Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se mantiene sin una cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une más adelante a un plan de medicamentos de Medicare.

Por lo general, su afiliación finalizará el primer día del mes siguiente al que se recibe su solicitud para cambiar de plan.

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los medicamentos recetados. Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare, Medicare podrá inscribirlo, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener información adicional respecto a cuándo puede finalizar su afiliación?

Si tiene alguna pregunta acerca de cómo terminar su afiliación, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicios para miembros**.
- Buscar la información en el manual ***Medicare y usted 2025***.
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su afiliación al plan?

La siguiente tabla le explica cómo deberá finalizar la afiliación al plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, se cancelará su inscripción automáticamente en Prominence Extra Help HMO.
• Original Medicare *con* un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, se cancelará su inscripción automáticamente en Prominence Extra Help HMO.
• Original Medicare *sin* un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o** visite nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Usted será dado de baja de Prominence Extra Help HMO cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su afiliación, usted deberá seguir recibiendo medicamentos, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan

Debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos recetados a través de nuestro plan hasta que finalice su afiliación y comience la nueva cobertura de Medicare.

- **Continúe utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**

- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o pedido por correo de la red para surtir sus recetas**.
- **Si usted está hospitalizado el día en el que finaliza su afiliación, nuestro plan cubrirá dicha hospitalización hasta que sea dado de alta** (incluso si es dado de alta después del inicio de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Prominence Extra Help HMO debe finalizar su afiliación al plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su afiliación al plan?

Prominence Extra Help HMO debe terminar su afiliación al plan si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o se va de viaje durante un largo tiempo, llame a Servicios para miembros para averiguar si el lugar al que se mudará o visitará se encuentra dentro del área de nuestro plan.
- Si fue encarcelado (estuvo en prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense o no cuenta con una residencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente o nos oculta información sobre algún otro seguro que tenga que le proporcione cobertura para medicamentos recetados.
- Si al inscribirse con nosotros intencionalmente nos proporciona información incorrecta y dicha información afecta su elegibilidad para el plan. No podemos obligarlo a que abandone el plan por este motivo, a menos que obtengamos la autorización de Medicare primero.
- Si continuamente exhibe un comportamiento conflictivo que nos dificulte proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. No podemos obligarlo a que abandone el plan por este motivo, a menos que obtengamos la autorización de Medicare primero.
- Si usted permite que alguien más use su tarjeta de afiliación para obtener atención médica. No podemos obligarlo a que abandone el plan por este motivo, a menos que obtengamos la autorización de Medicare primero.
    - Si damos por finalizada su afiliación por este motivo, Medicare puede solicitar que el Inspector General investigue su caso.

- Debemos notificarle por escrito que tiene dos meses calendario para pagar la prima del plan antes de que finalicemos su afiliación.

- Si se le exige que pague el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y usted no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener información adicional?

Si tiene preguntas o desea obtener más información acerca de cuándo podemos finalizar su afiliación, llame a Servicios para miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna causa que se relacione con su salud

Prominence Extra Help HMO no puede solicitarle que abandone el plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que se le ha pedido que abandone el plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su afiliación al plan

Si finalizamos su afiliación al plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para concluir la misma. De igual manera, debemos explicarle cómo interponer una queja formal o presentar un reclamo respecto a nuestra decisión de terminar dicha afiliación.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes aplicables

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las regulaciones creadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o CMS, conforme a dicha ley. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en donde vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se encuentran incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

La discriminación es contra la ley

Prominence Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, estado de salud o sexo. Prominence Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, estado de salud o sexo.

Prominence Health Plan:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, tales como:
    - Intérpretes certificados en lenguaje de señas.
    - Información escrita en otros formatos, por ejemplo, letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos.
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
    - Intérpretes certificados.
    - Información impresa en otros idiomas.
- No niega, limita ni condiciona la cobertura o la prestación de beneficios a ningún factor relacionado con el estado de salud, incluida la afección médica, enfermedades físicas y mentales, historial de reclamaciones, recepción de atención médica, antecedentes médicos, información genética, prueba de asegurabilidad, incluidas las afecciones que surjan de actos de violencia doméstica o discapacidad.
- No trabaja en la elaboración del plan y sus beneficios con el fin de disuadir significativamente la inscripción de ciertas personas elegibles o de un miembro que desarrolla una enfermedad renal en etapa terminal, después de su afiliación, y que no puede ser dado de baja por ese motivo.

- Prominence Health Plan también emite un Aviso de no discriminación para sus planes de MA a fin de garantizar que los miembros inscritos no sean discriminados durante la prestación de servicios de atención médica, según los beneficios cubiertos en su póliza, por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, religión, género, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética o fuente de pago.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para miembros. Si cree que Prominence Health Plan no cumplió con proporcionar dichos servicios o le ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante: Prominence Health Plan, 1510 Meadow Wood Lane, Reno, NV 89502, 855-969-5882, TTY/TDD: 711, o Fax 775-770-9360.

Puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios para miembros se encuentra a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del el Departamento de Salud y Servicios

Humanos de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de derechos civiles, disponible

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

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 reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, historial de reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, prueba de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes aplicables a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y reglamento aplicable por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y de Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, comuníquese con nosotros a Servicios para miembros. Si tiene algún reclamo, por ejemplo, un problema con un acceso para silla de ruedas, Servicios para miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. Según los reglamentos de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales, Prominence Extra Help HMO, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a los reglamentos de los CMS que se indican en las subpartes B a D, parte 411, Título 42 del CFR. Las reglas establecidas en esta sección sustituyen todas las leyes estatales.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de términos importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con la finalidad de prestar servicios quirúrgicos a pacientes que no requieran hospitalización y cuya estancia prevista en el centro no exceda las 24 horas.

Período de inscripción anual: es el período que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos, o inclusive cambiarse a Original Medicare.

Apelación: una apelación es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura por servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación cuando no esté de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que recibe actualmente.

Facturación de saldo: cuando un proveedor, como un médico u hospital, le factura a un paciente más del monto de costos compartidos permitido por el plan. Como miembro de Prominence Extra Help HMO, usted solo debe pagar los montos de los costos compartidos del plan cuando obtiene los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los **proveedores facturen saldos** o le cobren más del costo compartido establecido en el plan.

Período de beneficios: la manera en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en el que acude al hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza en el momento en que usted no recibe atención hospitalaria como paciente internado (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada luego de haber finalizado un período de beneficios, comenzará un período de beneficios nuevo. Usted debe pagar el deducible de paciente hospitalizado para cada periodo de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Producto biológico : es un medicamento recetado que está hecho de fuentes naturales y vivas como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Biosimilar – Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Ver **"Biosimilar intercambiable**").

Medicamento de marca: es un medicamento con receta que es fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca contienen la misma fórmula de principio activo que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son elaborados y comercializados por otras compañías farmacéuticas y, por lo general, no están disponibles sino hasta después de que la patente del medicamento de marca ha expirado.

Etapa de cobertura en caso de catástrofes: es la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted, o un tercero calificado que actúa en su nombre, ha gastado $2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. En esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que deba pagar costos compartidos por medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra a Medicare.

Coseguro: es el monto que debe pagar, reflejado en un porcentaje, por ejemplo, 20 %, como su parte del costo por los servicios o medicamentos recetados después de pagar el deducible**.**

Reclamo: el término formal para presentar un reclamo es **interponer una queja formal**. El proceso de reclamos se utiliza *únicamente* para determinado tipo de problemas. Este proceso incluye problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibió. También incluye reclamos en caso de que su plan no cumpla con los tiempos del proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): una institución que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios para patologías del habla y del lenguaje, así como servicios para la evaluación de las condiciones de seguridad en el hogar.

Copago: cantidad que posiblemente tenga que pagar como su parte del costo de un servicio médico o suministro, como una consulta médica, una visita a un hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo, por ejemplo, $10, en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: los costos compartidos corresponden a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios. Dentro de los costos compartidos se incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que el plan imponga antes de que los servicios sean cubiertos; (2) cualquier monto fijo de copago que el plan requiera al recibir un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan requiere al recibir un medicamento o servicio específico.

Determinación de cobertura: una decisión acerca de si un medicamento recetado está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que debe pagar por dicha receta. La determinación de cobertura no se refiere a si, por lo general, lleva la receta a una farmacia y en esta se le indica que la receta no está cubierta por el plan. Debe llamar o escribir al plan para solicitar una decisión de cobertura formal. En este documento**, las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura**.

Medicamentos cubiertos: es el término utilizado para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

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

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: es la cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos un monto igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que cuentan con este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para los beneficios de Medicare, por lo general, pueden conservarla sin pagar una penalización si deciden inscribirse en la cobertura para medicamentos recetados de Medicare en el futuro.

Cuidado asistencial: se refiere a la atención personal que brinda un hogar de ancianos, un hospicio u otro establecimiento cuando usted no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial proporcionado por personas sin habilidades o capacitación profesional incluye ayuda con actividades de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o de una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados para la salud que la mayoría de las personas realiza por sí misma, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga por el cuidado asistencial.

Tasa diaria de distribución de costos: se puede aplicar una tasa diaria de costos compartidos cuando el médico le receta el suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por el número de días de los suministros para un mes. Este es un ejemplo: Si el copago por un suministro para un mes de un medicamento es de $30 y el suministro de un mes en su plan es para 30 días, su tasa diaria de costos compartidos es de $1 por día.

Deducible: la cantidad que usted debe pagar por atención médica antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la suscripción o **dar de baja**: es el proceso de finalización de la afiliación al plan.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, tal como el tiempo que usa el farmacéutico para preparar y envasar los medicamentos recetados.

Plan para necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP): los planes D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (Título XIX).
Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): determinados equipos médicos que son indicados por su médico con fines terapéuticos. Algunos ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bomba de infusión intravenosa (IV), dispositivo generador de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que son ordenadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier persona prudente, que posee conocimientos prácticos y promedios de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata con el fin de prevenir la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé en desarrollo), la pérdida o la funcionalidad de una extremidad, o la pérdida o un impedimento grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se está agravando rápidamente.

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

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación: se refiere a este documento, junto con el formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, en donde se le explique la cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus obligaciones como miembro del plan.

Excepción: es un tipo de decisión de cobertura que, de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de niveles). También puede solicitar una excepción si el plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si el plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que exoneremos la restricción o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita, es una excepción al formulario.

"Ayuda Adicional": un programa de Medicare diseñado para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico : es un medicamento con receta aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) que tiene el o los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En términos generales, un medicamento genérico obtiene los mismos resultados que un medicamento de marca y, usualmente, cuesta menos.

Queja formal: es un tipo de reclamo que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluidos los reclamos respecto a la calidad de la atención. Esto no incluye las disputas de cobertura o pagos.

Asistente para servicios de salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan las habilidades de un/una enfermero/a registrado/a o terapeuta, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo: bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Hospicio: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, el plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados de hospicio ubicados en el área geográfica donde reside. Si elige estos servicios y continúa pagando las primas, sigue siendo un miembro del plan. Puede continuar recibiendo

todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando ha sido ingresado formalmente en un hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si permanece en el hospital durante la noche, aun así, se le podría considerar como un paciente ambulatorio.

Monto del ajuste mensual según los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos al IRS de hace 2 años, es superior a un monto determinado, usted pagará el monto de la prima estándar y un monto del ajuste mensual según los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a la prima. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial : es la etapa previa a que los gastos de bolsillo del año hayan alcanzado el monto del umbral de gastos de bolsillo.

Período de inscripción inicial: es el período durante el cual se puede inscribir en la Parte A y la Parte B de Medicare, al ser elegible por primera vez. Es decir, si es elegible para Medicare al cumplir 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de siete meses que comienza tres meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluido el mes en el que cumple los 65 años, y finaliza tres meses después del mes en el que cumple 65 años.

Plan para necesidades especiales en una institución (SNP): es un plan que inscribe a las personas elegibles que residen de forma continua o que se espera que residan de forma continua durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un Centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados y/o centros aprobados por los CMS que proporcionan servicios de atención médica similares a largo plazo cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de atención médica similares a los otros tipos de instalaciones mencionados. Un plan para necesidades especiales de una institución debe tener un acuerdo contractual con, o poseer y operar, los centros LTC específicos.

Plan para necesidades especiales (SNP) equivalente en una institución: es un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención prestado en una institución, según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal pertinente y administrarse por una entidad distinta a la organización que ofrece el plan. Este plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que residen en un centro de vida asistida (assisted living facility, ALF) con contrato si es necesario para garantizar que la prestación de atención especializada sea uniforme.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con

requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustituirse de forma automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a las leyes estatales.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos): es una lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte el término "Ayuda adicional".

Programa de descuentos ofrecidos por fabricantes: un programa conforme al cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Estos descuentos dependen de los convenios celebrados entre el gobierno federal y determinadas compañías farmacéuticas.

Monto máximo de gastos de bolsillo: el desembolso máximo que usted paga durante el año calendario por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. Además del monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios médicos cubiertos de la Parte A y parte B dentro de la red, también contamos con un monto máximo de gastos de bolsillo para determinados tipos de servicios.

Medicaid (o asistencia médica): es un programa de colaboración entre el gobierno federal y estatal que ayuda con los gastos médicos de determinadas personas que cuentan con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían; sin embargo, la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si es elegible tanto para Medicare como Medicaid.

Bajo indicación médica : se refiere al uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o cuenta con el respaldo de determinadas referencias, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Necesario desde el punto de vista médico: servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal, por lo general quienes padecen insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: es el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura por medio de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede unirse a un plan independiente para medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona reúne los requisitos para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): en ocasiones se denomina Parte C de Medicare. Este plan es ofrecido por una compañía privada que cuenta con un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un i) plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) un plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan con una Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan de Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare, que es la cobertura para medicamentos recetados. Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como oftalmología, odontología o audición, que es posible que un plan de Medicare Advantage ofrezca.

Plan de salud de Medicare: los planes de salud de Medicare son ofrecidos por compañías privadas que tienen un contrato con Medicare y proporcionan los beneficios de la Parte A y Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los planes de Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los planes de demostración/pilotos y los Programas de Atención Integral para Adultos Mayores (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro que ayuda a pagar medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, vacunas, biofármacos y determinados insumos que no son cubiertos por la Parte A ni Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (seguro suplementario a Medicare): un seguro suplementario a Medicare ofrecido por compañías aseguradoras privadas para llenar las *brechas* del plan Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap.

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

Servicios para miembros: un departamento de nuestro plan que tiene la responsabilidad de responder sus preguntas acerca de su afiliación, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Farmacia de la red: es una farmacia que tiene un contrato con el plan y en la que nuestros miembros pueden recibir beneficios para los medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados son cubiertos únicamente si se surte en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general para referirnos a los médicos u otros profesionales de atención médica, hospitales y otros establecimientos médicos que cuentan con una licencia o una certificación por parte de Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica. **Los proveedores** de la red tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también son **llamados proveedores del plan**.

Beneficios complementarios opcionales: son beneficios no cubiertos por Medicare que se pueden adquirir por una prima adicional y que no se incluyen en el paquete de beneficios. Para recibirlos, debe elegir de forma voluntaria los Beneficios complementarios opcionales.

Determinación de la organización: una decisión que nuestro plan toma acerca de si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, la determinación de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original– Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve de comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (**Medicare Tradicional o Medicare de pago por servicio**): el gobierno federal ofrece Original Medicare y no un plan de salud privado, como es el caso de los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Además, deberá pagar un deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado y usted paga la suya. Original Medicare consta de dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico), y se encuentra disponible en todos los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no cuenta con un contrato con el plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros del mismo. La mayoría de los medicamentos que obtiene de las farmacias fuera de la red no están cubiertos por el plan, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor o establecimiento fuera de la red: un proveedor o establecimiento con quienes no tenemos convenios para coordinar ni proporcionar servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni están operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos que figura anteriormente. El requisito de costos compartidos que exige a un miembro pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo : es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Parte C: consulte la definición de plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario de beneficios para medicamentos de recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D : medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas por el Congreso como medicamentos cubiertos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben ser cubiertas por cada plan.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: es el monto agregado a la prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare en caso de no contar con una cobertura acreditable, cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos un monto igual al de la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare, durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por el pago de un monto específico. El plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, sin importar si son proporcionados por proveedores de la red o fuera de la red. Por lo general, los costos compartidos del miembro serán más elevados cuando los beneficios del plan sean brindados por proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de bolsillo para los servicios proporcionados por proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en el total de gastos de bolsillo combinado para servicios proporcionados tanto por proveedores de la red (preferidos) como por proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: El pago periódico que se hace a Medicare, a una compañía aseguradora o a un plan de salud por la cobertura de servicios de salud o medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que acude primero por la mayoría de los problemas de salud. En muchos de los planes de salud de Medicare, usted debe acudir al proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: es una aprobación anticipada para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa aparecen señalados en la Tabla de beneficios que se encuentra en el capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa aparecen señalados en el formulario y nuestros criterios se publican en nuestro sitio web.

Dispositivos ortopédicos y prótesis: los dispositivos médicos incluyen, entre otros: férulas para el brazo, espalda y cuello; prótesis de extremidades; prótesis ocular y los aparatos necesarios para el reemplazo de una parte o funcionalidad interna del cuerpo, incluidos los insumos para la ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en de atención médica pagados por el gobierno federal para revisar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad : es una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden corresponder a la cantidad de medicamento cubierto por receta o a un período de tiempo definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: es un portal o una aplicación informática en la que los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna y clínicamente adecuada referente a los beneficios y el formulario específico del miembro. Esto incluye los montos de los costos compartidos, medicamentos del formulario alternativo que se pueden usar para la misma afección de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para afiliarse a un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan a los médicos y hospitales que puede usar, generalmente se refiere al área en la que recibe los servicios preventivos, es decir los que no se consideran de emergencia. Si se muda de forma permanente fuera del área de servicio, el plan debe cancelar su inscripción.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): son los servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación brindados en forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un miembro del personal de enfermería o un médico acreditado.

Período de inscripción especial: es el período establecido en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. Los casos en los que puede ser elegible para un Período de inscripción especial comprenden: si se muda fuera del área de servicio, si recibe "Ayuda Adicional" para los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si infringimos el contrato que tenemos con usted.

Plan para necesidades especiales: un tipo de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada para grupos de personas específicos, como aquellos que poseen tanto Medicare como Medicaid y que residen en un hogar de ancianos o que padecen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada : es una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que el médico le recetó inicialmente.

Seguridad de ingreso suplementario (SSI): es un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que poseen una discapacidad, son invidentes o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI son diferentes a los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no sea una emergencia es un servicio necesario de urgencia si usted se encuentra

temporalmente fuera del área de servicio del plan, o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina con el proveedor necesarias desde el punto de vista médico, como los controles anuales, no se consideran necesarias de urgencia, incluso si usted está fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para miembros de Prominence Extra Help HMO

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAMAR AL	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Lo atenderemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Servicios para miembros también cuenta con un servicio gratuito de interpretación de idiomas disponible para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Le atenderemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y desde el 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes.
FAX:	1-775-770-9004
ESCRIBIR A	Prominence Health Plan 1510 Meadow Wood Lane Reno, NV 89502
SITIO WEB	www.prominencemedicare.com

Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP)

HICAP es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría gratuita sobre seguros de salud locales a personas que cuentan con Medicare.

Método	información de contacto
LLAMAR AL	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBIR A	Health Information Counseling & Advocacy Program of Texas (HICAP) P.O. Box 149104 Austin, TX 78714
SITIO WEB	https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites*. De acuerdo con la Ley de reducción del papeleo de 1995 (Paperword Reduction Act, PRA), ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información a menos que ésta cuente con un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información voluntaria 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.*