1 de enero – 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos como miembro de Prominence Dual HMO D-SNP en Palm Beach.

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

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

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

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

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

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

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

Nuestro formulario, red de farmacias y/o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario. Recibirá una notificación sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: Comienza como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es miembro de *Prominence Dual HMO D-SNP* 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros 8
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026 10
SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan 16
SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan 16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 17

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 19

SECCIÓN 1 Contactos 19
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 22
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia del Seguro Médico (SHIP) 23
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) 24
SECCIÓN 5 Seguridad Social 25
SECCIÓN 6 Medicaid 26
SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados 27
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB) 31
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador 31
SECCIÓN 10 Obtenga ayuda de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud de Florida 32

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos 33

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 33
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 35
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 39
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos? 42
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 43
SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención médica no médica 45
SECCIÓN 7 Normas de propiedad de equipos médicos duraderos 46

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga) 48

SECCIÓN 1 Entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos 48
SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios y costos médicos 49
SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de *Prominence Dual HMO D-SNP* 95
Todos los servicios cubiertos por Medicaid de Florida están cubiertos por nuestro plan. 95
SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan O Medicare O Medicaid (exclusiones) 95

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D 98

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 98
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan 99
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 102
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 105
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría 106
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año 109
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 112
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 114
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 114
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos 116

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 119

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 119
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de 121
SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra 122
SECCIÓN 4 El Deducible Etapa 124
SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial 124
SECCIÓN 6 La Etapa de Cobertura Catastrófica 130
SECCIÓN 7 Información sobre beneficios adicionales 130
SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 130

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 133

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos 133
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió 136
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no 136

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 138

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 138
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 144

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 146

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud 146
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 147
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema 147
SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 148
SECCIÓN 5 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones 149
SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 152
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 161
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto 172
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto 177
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5 181
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 184
SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid 187

CAPÍTULO 10: Fin de la membresía en nuestro plan 189

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan 189
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 189
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 193

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 194
SECCIÓN 5 *Prominence Dual HMO D-SNP* debe finalizar nuestra membresía del plan en determinadas situaciones 194

CAPÍTULO 11: Avisos legales 197

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 197
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 197
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare 199

CAPÍTULO 12: Definiciones 200

CAPÍTULO 1:
Comienza como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de *Prominence Dual HMO D-SNP*

Sección 1.1 Está inscrito en *Prominence Dual HMO D-SNP* , que es un plan de necesidades especiales de Medicare.

Está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid:

- **Medicare** es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años de edad o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras también reciben cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Ha elegido obtener su cobertura de atención médica y medicamentos de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan *Prominence Dual HMO D-SNP.* Nuestro plan cubre todos los servicios de las Partes A y B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en nuestro plan difieren de los de Medicare Original.

Prominence Dual HMO D-SNP es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. *Prominence Dual HMO D-SNP* está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

- Dado que recibe ayuda de Medicaid con los costos compartidos de Medicare Partes A y B (deducibles, copagos y coaseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de Medicare. Medicaid también ofrece otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que normalmente no cubre Medicare. También recibirá Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. *Prominence Dual HMO D-SNP* le ayudará a administrar todos estos beneficios para que reciba los servicios de salud y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

- *Prominence Dual HMO D-SNP* es administrado por una empresa privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Florida para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle cobertura de Medicare y Medicaid, incluyendo la de medicamentos.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *Prominence Dual HMO D-SNP* cubre su atención médica. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario) y cualquier notificación que le enviemos sobre cambios en su cobertura o condiciones que la afecten. Estas notificaciones a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas* .

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

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

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Prominence Dual HMO D-SNP cada año. Puede continuar recibiendo cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan, siempre que decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare.

- Usted reside en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.

- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos.

- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de quienes reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y los beneficios completos de Medicaid.

Tenga en cuenta: si pierde su elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que la recupere dentro de seis meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua considerada).

Sección 2.2 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué se considera ingreso y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre que cumplan con las directrices federales.

Además, Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas a pagar sus costos de Medicare, como las primas. Estos Programas de Ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

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

Sección 2.3 Área de servicio del plan para *Prominence Dual HMO D-SNP*

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

Nuestra área de servicio incluye este condado en Florida: Palm Beach.

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

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

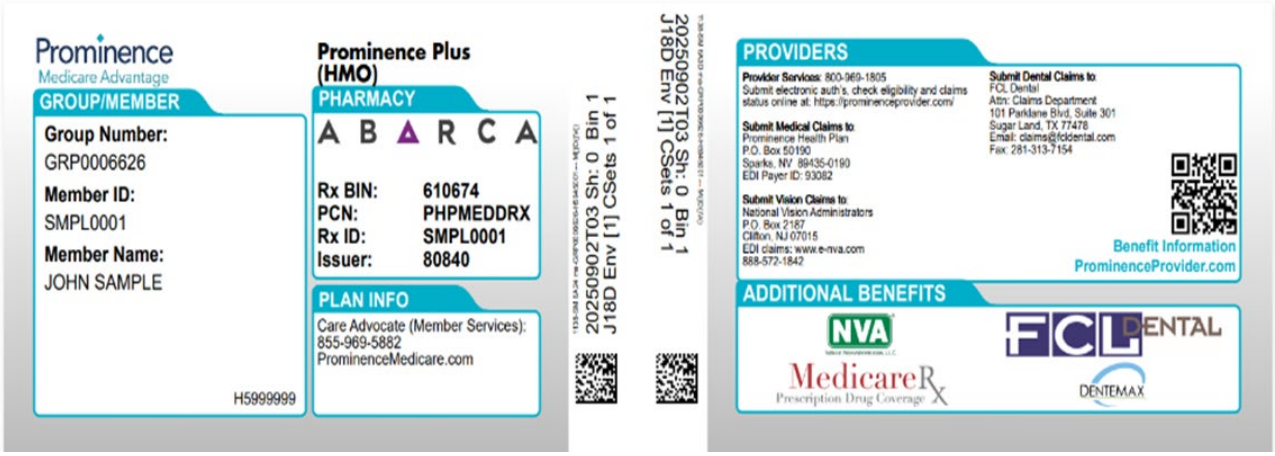
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes para miembros

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que adquiera en farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si la tiene. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:



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

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

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

Debe usar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si acude a otro proveedor sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, situaciones en las que es irrazonable o imposible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que *Prominence Dual HMO D-SNP* autoriza el uso de proveedores fuera de la red .

Si no tiene un *Directorio de Proveedores y Farmacias* , puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros llamando al *1-855-969-5882* (los usuarios de

TTY deben llamar *al 711).* Recibirá *los Directorios de Proveedores y Farmacias* impresos que solicite en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan cuenta con una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también llamada Lista de Medicamentos o formulario). Esta lista indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en *Prominence Dual HMO D-SNP* . Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos, a menos que se hayan eliminado y reemplazado, como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de *Prominence Dual HMO D-SNP* .

La Lista de Medicamentos también indica si existen reglas que restringen la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Esta lista incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con más frecuencia. Sin embargo, también cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en ella. Si alguno de sus medicamentos no está en la Lista de Medicamentos, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para Miembros al *1-855-969-5882* (los usuarios de TTY deben llamar *al 711)* para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite www.prominencemedicare.com o llame a Servicios para Miembros al *1-855-969-5882* (los usuarios de TTY deben llamar *al 711).*

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima del plan mensual* Vaya a la Sección 4.1 para obtener más detalles.	**$0**

	Sus costos en 2026
Monto máximo de desembolso personal Este es el máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	**$9,250**
Visitas al consultorio de atención primaria	**$0 por visita**
Visitas al consultorio de especialistas	**$0 por visita**
Estancias hospitalarias para pacientes internados	**$0 copago por estadía**
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya a los detalles de la Sección 4 del Capítulo 6).	**$615, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	**Costos compartidos durante la etapa de cobertura inicial:** **Medicamentos de nivel 1: copago de $0** **Medicamentos de nivel 2: copago de $0** **Medicamentos de nivel 3: Coaseguro del 25 % . (No paga más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel).** **Medicamentos de nivel 4: coseguro del 50 %**

	Sus costos en 2026
	Nivel 5 de medicamentos: Coaseguro del 25 %. (No paga más de $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel). **Medicamentos de nivel 6: copago de $0** **Etapa de cobertura catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Parte D Multa por inscripción tardía (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima de plan mensual separada para *Prominence Dual HMO D-SNP* .

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de

Prominence Dual HMO D-SNP , Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe seguir pagándolas para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Parte D Multa por inscripción tardía

Debido a que tiene doble elegibilidad, la LEP no aplica mientras mantenga su estatus de doble elegibilidad, pero si pierde su estatus de doble elegibilidad, podría incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días o más consecutivos en el que no tuvo la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

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

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Tenía cobertura de medicamentos válida a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA)). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura de medicamentos es válida. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, ya que podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** Cualquier carta o notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como lo paga el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento en medicamentos no son cobertura acreditable para medicamentos recetados.

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

- Primero, cuente los meses completos que retrasó la inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, después de haber cumplido los requisitos. O cuente los meses completos que no tuvo cobertura de medicamentos válida, si la interrupción fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional por beneficiario). Para 2026, esta prima promedio es de $ *38.99.*
- Para calcular su penalización mensual, multiplique el porcentaje de la penalización por la prima base nacional del beneficiario y redondee el resultado a la decena de centavos más cercana. En este ejemplo, sería el 14 % multiplicado por $ *38.99 ,* lo que equivale a $ *5.46.* Esto se redondea a $ *5.50.* Esta cantidad se añadiría a la prima mensual del plan para una persona con una penalización por **inscripción tardía en la Parte D.**

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

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía a la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba indicando que debe pagar la multa por inscripción tardía. Sin embargo, si ya pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de dicha multa.

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

Sección 4.4 Monto del ajuste mensual relacionado con los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, algunos miembros podrían tener que pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA) de la Parte D. Este cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado. Según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años. Si este monto supera cierta cantidad, pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs .

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será ese monto adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación Ferroviaria o la Oficina de Administración de Personal , sin importar cómo pague habitualmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado . Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional , recibirá una factura de Medicare . **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, se le cancelará la inscripción a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si usted Si no está de acuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 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 nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por las recetas que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido entre los meses restantes del año.

El Capítulo 2, Sección 7, ofrece más información sobre el 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 una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre la prima mensual de su plan

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

No podemos cambiar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual cambia para el próximo año, se lo notificaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagarla. Esto podría ocurrir si cumple los requisitos para recibir la Ayuda Adicional o si pierde su elegibilidad durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para recibir Ayuda Adicional durante el año, podrá dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda Adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D si pasa 63 días o más seguidos sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado nuestro registro de membresía del plan

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su historial de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de costos compartidos** . Por eso, es fundamental que mantenga su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

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

- Si la parte responsable designada (por ejemplo, un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** no está obligado a informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

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

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

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

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

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

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

  - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted (o un miembro de su familia) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos *Prominence Dual HMO D-SNP*

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

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

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

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

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D , consulte el Capítulo 9.

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

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

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

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

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

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

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

Solicitudes de pago – Información de contacto	
Llamar	*1-855-969-5882* Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la

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

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

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

Medicare – Información de contacto	
Llamar	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. 24 horas al día, 7 días a la semana.
Teléfono de texto	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.

Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escribir	Escriba a Medicare al apartado postal 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de atención médica. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre *Prominence Dual HMO D-SNP* . **Para presentar una queja ante Medicare,** visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint . Medicare toma sus quejas muy en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

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

El Programa Estatal de Asistencia para Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. A continuación, se presenta una lista de los Programas Estatales de Asistencia para Seguros de Salud en cada estado donde prestamos servicios: En Florida, el SHIP se llama SHINE.

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

Los asesores de SHINE pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. También pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare, a comprender sus opciones de plan y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

SHINE (Atendiendo las necesidades de seguro médico de las personas mayores) –	
Llamar	1-800-96-ELDER
Teléfono de texto	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
Escribir	BRILLAR 4040 Esplanade Way, Calle 270 Tallahassee, Florida 32399-7000 Correo electrónico: information@elderaffairs.org
Sitio web	https:www.floridashine.org

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

En cada estado existe una Organización para la Mejora de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare. En Florida, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Acentra.

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

Debe ponerse en contacto con Acentra en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital terminará demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de sus servicios de atención médica domiciliaria, de atención en un centro de enfermería especializada o de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) están terminando demasiado pronto.

Acentra (Organización para la Mejora de la Calidad de Florida) – Información de contacto	
Llamar	888-317-0751 El horario de atención es de lunes a viernes de 9 a. m. a 5 p. m. Las llamadas a este número son gratuitas.
Teléfono de texto	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
Escribir	5201 West Kennedy Blvd, Suite 900 Tampa, Florida 33609
Sitio web	https://www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguridad Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción. También es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D debido a sus ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social indicando que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

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

	Disponible de 8 am a 7 pm, de lunes a viernes.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

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

Método	Agencia para la Administración de la Atención Médica (Programa Medicaid de Florida) – Información de contacto
LLAMAR	1-877-711-3662 Disponible de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a jueves, y de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., los viernes.
Teléfono de texto	1-866-467-4970 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
ESCRIBIR	Agencia para la Administración de la Atención Médica Apartado postal 5197, MS 62 Tallahassee, Florida 32314
SITIO WEB	https://www.flmedicaidmanagedcare.com/

La Agencia de Administración de Atención Médica de Florida (FAA) ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicio o facturación. Pueden ayudarle a presentar una queja o apelación ante nuestro plan.

Método	Programa del Defensor del Pueblo de Florida – Información de contacto
LLAMAR	1-888-831-0404 Disponible de 8:00 a 17:00 horas, de lunes a viernes.
Teléfono de texto	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
ESCRIBIR	Programa del Defensor del Pueblo para Cuidados a Largo Plazo 4040 Esplanade Way Suite 380 Tallahassee, Florida 32399-7000
SITIO WEB	https://ombudsman.elderaffairs.org/

El Defensor del Pueblo en Florida ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos, centros de vida asistida y hogares de cuidado para adultos y ayuda a resolver problemas entre los centros de atención para los residentes o sus familias.

SECCIÓN 7 Programas para ayudar a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir el costo de sus medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Dado que cumple los requisitos para Medicaid, califica para recibir Ayuda Adicional de Medicare para cubrir los costos de su plan de medicamentos recetados. No necesita hacer nada más para obtener esta Ayuda Adicional .

Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 ; o
- Su oficina estatal de Medicaid al 775-684-4000.

Si califica para la Ayuda Adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia del copago correcto. Si ya tiene evidencia del copago correcto, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

- Comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente con su comprobante de Ayuda Adicional y le guiaremos en el proceso. (Los números de teléfono del Servicio de Atención al Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).
- Cuando obtengamos la evidencia que demuestre el nivel correcto de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar la cantidad correcta cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más, le reembolsaremos el copago, ya sea con cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y tiene una deuda con ella, podríamos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podríamos realizar el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Qué pasa si tengo Ayuda Adicional y cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar recetas médicas, primas de planes de medicamentos y otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si cuenta con Ayuda Adicional y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) Ayuda a las personas con VIH/SIDA a acceder a medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de medicamentos recetados a través de:

Sección de VIH/SIDA
4052 Bald Cypress Way
Tallahassee, Florida 32399
850-245-4422

Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como comprobante de residencia estatal y estado serológico respecto al VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estar sin seguro médico o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su asesor local de inscripción del ADAP para que

pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, 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 las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad económica, edad, condición médica o discapacidad. Cada estado tiene diferentes normas para brindar cobertura de medicamentos a sus afiliados.

Requisitos de elegibilidad: El programa está abierto a todos los residentes del estado de Florida sin costo alguno.

Si tiene preguntas sobre la inscripción, llame al (850) 764-1919.

RxResource.org

1028 33rd Street NW

Washington, DC 20007

https://www.rxresource.org/free-plans/florida.html

Florida Rx Card es el programa estatal gratuito de asistencia con recetas, disponible para todos los residentes de Florida. El programa se lanzó en agosto de 2007 para ayudar a los residentes de Florida sin seguro médico o con seguro insuficiente con el costo de sus medicamentos recetados. Los residentes de Florida con seguro médico también pueden utilizar el programa para sus medicamentos no cubiertos.

Florida Rx Card colabora con la Asociación de Hospitales de Florida y la Academia de Asistentes Médicos de Florida (FAPA), así como con numerosos hospitales y clínicas, para ampliar los puntos de distribución de tarjetas en todo el estado. Florida Rx Card es gratuita y ofrece descuentos de hasta el 80 % en la mayoría de los medicamentos de marca y genéricos. No hay restricciones ni requisitos de elegibilidad para el programa. El programa es completamente confidencial y todas las tarjetas están preactivadas, listas para usar y no vencen. Se acepta en CVS/Pharmacy, Walgreens, Walmart, Target, Winn Dixie y Kmart, además de más de 68 000 farmacias participantes en todo el país.

Ante el aumento del costo de la atención médica, la Tarjeta Florida Rx ofrece una solución sencilla a los altos precios de los medicamentos recetados. Los residentes pueden imprimir una tarjeta preactivada gratuita, localizar farmacias participantes y consultar precios de

medicamentos visitando www.floridarxcard.com . Quienes no puedan obtener una tarjeta también pueden acudir a cualquier farmacia CVS y solicitar que su receta se procese con la Tarjeta Florida Rx.

Plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de Pago de Recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo **del año calendario.** (Enero – diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago . **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov .

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto	
Llamar	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. El Servicio de Atención al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación para quienes no hablan inglés.
Teléfono de texto	*711* Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.
Fax	1-775-770-9004
Escribir	Plan de salud Prominence

	1510 Meadow Wood Lane Reno, NV 89502
Sitio web	www.prominencemedicare.com

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación del Ferrocarril (RRB)

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

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

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

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar

sobre los beneficios de salud de su empleador o grupo de jubilados (o los de su cónyuge o pareja de hecho), las primas o el período de inscripción. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare con este plan . Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** Este administrador puede ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

SECCIÓN 10 Obtenga ayuda de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud de Florida

Agencia de Administración de Atención Médica de Florida – Información de contacto	
Llamar	1-888-419-3456
Teléfono de texto	1-800-955-8771 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
Escribir	2727 Mahan Drive Tallahassee, Florida 32308
Sitio web	https://ahca.myflorida.com/medicaid/

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener cobertura médica. Para obtener más información sobre la cobertura de nuestro plan y cuánto paga al recibirla, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud con licencia estatal para brindar servicios y atención médica. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de salud.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su costo compartido como pago total. Nos encargamos de que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de sus servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, equipos y medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos para atención médica se detallan en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se describen en el Capítulo 5.

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

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

Prominence Dual HMO D-SNP generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera** médicamente necesaria. Esto significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
    - En la mayoría de los casos, su médico de cabecera (PCP) de la red debe darle su aprobación previa (una referencia) antes de que pueda consultar con otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para más información, consulte la Sección 2.3.
    - No necesita derivaciones de su médico de cabecera para atención de emergencia o servicios urgentes. Para obtener más información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su médico de cabecera, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que deberá pagarle al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Aquí hay 3 excepciones *:*
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que la brinden, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se requiere una autorización previa antes de buscar atención fuera de la red. En este caso, paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no puede acceder a él temporalmente. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro

de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido por la diálisis puede ser mayor.

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

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

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

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

¿Cómo elegir un médico de cabecera?

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

Cómo cambiar de médico de cabecera

Puede cambiar de médico de cabecera por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su médico de cabecera abandone la red de proveedores de nuestro plan y tenga que buscar uno nuevo. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más información. Su cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Para cambiar de médico de cabecera, llame a Servicio al Miembro. Servicio al Miembro confirmará que el médico de cabecera al que desea cambiarse acepta nuevos pacientes. Cambiaremos su registro de miembro al del nuevo médico de cabecera y confirmaremos cuándo entrará en vigor el cambio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es posible que se requiera autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa). Puede obtener la autorización del plan. Usted o su proveedor, incluso si es un proveedor no contratado, pueden preguntar al plan si cubrirá un servicio antes de que se le preste. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación se haga por escrito. Este proceso se denomina determinación anticipada. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra

decisión de no cubrir su atención. El Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) contiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión sobre la cobertura o si desea apelar una decisión que ya hayamos tomado.

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

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

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

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

- Si descubre que su médico o especialista abandonará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir un nuevo proveedor que se encargue de su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja por la calidad de la atención ante nuestro plan o ambos (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

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

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

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

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

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la muerte del

feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de urgencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No... Necesita obtener primero la aprobación o una referencia de su médico de cabecera. No necesita usar un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.

- **Asegúrese de informar a nuestro plan sobre su emergencia lo antes posible.** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación del plan.

Servicios cubiertos en caso de emergencia médica

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

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

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

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

¿Qué pasaría si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría acudir a urgencias pensando que su salud corre grave peligro y el médico podría decirle que, después

de todo, no era una emergencia. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya considerado razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos su atención.

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

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

Sección 3.2 Obtenga atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

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

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

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

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

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

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

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

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

Visite www.prominencemedicare.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre .

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con el costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Si pagó más de lo que le corresponde según nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, deberá pagar el costo total

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

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

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una forma en que médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar voluntarios para participar. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (atención no relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener la aprobación de su médico de cabecera. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan pertenecer a la red de nuestro plan. (Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluyendo ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan).

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

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

Sección 5.2 ¿Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica?

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

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

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y el costo compartido que usted paga dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre cuánto pagó por el costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

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

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

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

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *"Medicare y Estudios de Investigación Clínica",* disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-

studies.pdf . También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipos médicos duraderos

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare *Prominence Dual HMO D-SNP* cubrirá:

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

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

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

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

CAPÍTULO 4:
Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga)

SECCIÓN 1 Entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos

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

Sección 1.1 No paga nada por los servicios cubiertos

Como recibe ayuda de Medicaid, no paga nada por los servicios cubiertos, siempre que cumpla con las normas de nuestros planes para recibir atención médica. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las normas de nuestros planes para recibir atención médica).

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

Nota: Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este límite de desembolso personal. Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso personal para el monto máximo de desembolso personal por los servicios cubiertos de las Partes A y B.

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de desembolso personal (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el monto MOOP es $9,250.**

Los montos que paga por los servicios cubiertos dentro de la red se contabilizan para este monto máximo de desembolso personal . Los montos que paga por algunos servicios No se incluyen en el monto máximo de desembolso personal. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos. Si alcanza el monto máximo de desembolso personal... de $9,250, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar

pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen su prima de la Parte B por usted) .

Sección 1.3 Nuestro plan también limita sus costos de bolsillo para ciertos tipos de servicios

Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este límite de desembolso personal. Si usted es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso personal para el monto máximo de desembolso personal por los servicios cubiertos por las Partes A y B.

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

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre *Prominence Dual HMO D-SNP* y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios que se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos solo están cubiertos cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- Los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare y Medicaid.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica de un proveedor fuera de la red no está cubierta, a menos que se trate de una emergencia o atención de urgencia, o que nuestro plan o un proveedor de la red le haya remitido. Esto significa que usted paga al proveedor el total de los servicios fuera de la red que reciba.

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

Otras cosas importantes que debes saber sobre nuestra cobertura:

- Tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre los costos compartidos de los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como *la atención a largo plazo* .
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare & You 2026.* Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Medicare Original, también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o seguimiento por una condición médica preexistente durante la consulta cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para dicha condición.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de seis meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, seguiremos brindándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas ni los costos compartidos de Medicare que el estado debería cubrir si no hubiera perdido su

elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

Si es elegible para recibir ayuda para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, no pagará nada por los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

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

Cuadro de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que pagas
Detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección única para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba si presenta ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asistente médico, enfermera practicante o enfermera clínica especialista.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta evaluación preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Que dura 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • No asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoría. No se podrán administrar más de 20 sesiones de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o presenta regresión.	No hay coseguro ni copago para las visitas cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros profesionales (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifica en 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o Commonwealth (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por 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 no, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotatoria y terrestre, hasta el centro médico más cercano que pueda brindar atención, si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud, o si nuestro plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en	Se aplica un copago de $0 a este beneficio. Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia.

Servicio cubierto	Lo que pagas
peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	
Examen físico anual Un examen realizado por un médico de atención primaria. Se cubre una vez cada 12 meses. Los servicios incluyen: • Un examen físico apropiado para la edad y el género, incluidos los signos vitales y las mediciones. • Intervenciones de orientación, asesoramiento y reducción de factores de riesgo. • Administración u ordenación de inmunizaciones, pruebas de laboratorio o procedimientos de diagnóstico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual. Usted será responsable del costo compartido por cualquier servicio adicional realizado durante una consulta anual de bienestar. Esto incluye, entre otros, el costo compartido por imágenes (como una radiografía de tórax) o pruebas diagnósticas (como un electrocardiograma).
Visita anual de bienestar Si lleva más de 12 meses con la Parte B, puede obtener una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y sus factores de riesgo. Esta consulta está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota** : Su primera visita de bienestar anual No puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de *Bienvenido a Medicare* . Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Medición de la 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 es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.
Detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio , educación y asesoramiento para los miembros que cumplen determinadas condiciones con una orden médica. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga $0 por visita. La terapia de ejercicio supervisada está cubierta para personas que califican, con un máximo de 36 sesiones para personas con enfermedad arterial periférica (EAP). Consulte el beneficio de terapia de ejercicio supervisada (TEP) en esta sección para obtener más información sobre los servicios de TEP. Los servicios pueden requerir autorización previa.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita anual con su médico de cabecera para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico podría hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que lleve una alimentación saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia conductual intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No existe coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
Detección del cáncer de cuello uterino y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino o de vagina o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación.	Usted paga un copago de $0 por cada visita cubierta por Medicare (manipulación manual de la columna para corregir la

Servicio cubierto	Lo que pagas
• El plan también cubría la atención quiropráctica de rutina.	subluxación). Usted paga $0 por cada visita quiropráctica de rutina hasta un límite de 12 visitas anuales. *Se requiere autorización previa.*
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará dependiendo de los servicios individuales brindados durante el tratamiento.
Detección del cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más sin alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en	No hay coaseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare . Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico.

Servicio cubierto	Lo que pagas
que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN fecal multidiana para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores sanguíneos para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare cubre los servicios dentales en un	No hay copago, coseguro ni deducible para los servicios dentales cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
número limitado de circunstancias, especialmente cuando dicho servicio forma parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia por cáncer de mandíbula o los exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos: El plan ofrece cobertura preventiva y completa con un límite combinado de $4,000. Incluye cobertura para los siguientes servicios. • Exámenes orales • Profilaxis (Limpieza) • Tratamiento con flúor • Radiografías dentales • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prótesis dentales • Cirugía Oral/Maxilofacial • Servicios Generales Adjuntos Visite www.ProminenceMedicare.com/dental o llame a Servicios para Miembros para encontrar un dentista.	Exámenes orales (hasta 2 visitas al año): $0 de copago Radiografías dentales (hasta 2 visitas al año): Copago de $0 Limpieza (hasta 2 visitas al año): $0 de copago Tratamiento con flúor (hasta 2 visitas al año): copago de $0 Servicios de Restauración (Límite de una consulta dental al año) - Copago de $0. Las amalgamas y resinas compuestas tienen un copago de $0 y se limitan a dos al año. Otros servicios tienen un copago de $0 una vez al año. Endodoncia: copago de $0 Periodoncia: Copago de $0. Gingivectomía, raspado y alisado radicular cubiertos con un copago de $0 una vez cada dos años por cuatrienio. Mantenimiento periodontal cubierto con un copago de $0 dos veces al año. Otros servicios cubiertos con un copago de $0 una vez por cuatrienio cada dos años. Prótesis dentales removibles - Copago de $0 - Reparación de prótesis dental con copago de $0 una vez por arcada cada doce meses. Una prótesis dental completa con copago de $0 por arcada cada cinco años.

Servicio cubierto	Lo que pagas
	Prótesis (Fija) – Copago de $0 - Renovación de prótesis parcial fija con copago de $0. Otros servicios cubiertos con copago de $0 (uno por arcada cada cinco años). Cirugía Oral y Maxilofacial: $0 de copago Servicios generales complementarios: copago de $0 La Asociación Dental Americana publica anualmente los cambios en los Códigos de Terminología Dental Actuales (CDT). Los códigos de procedimiento pueden modificarse durante el año del plan en función de la suspensión de ciertos códigos dentales. Para obtener una lista completa de los servicios dentales cubiertos junto con las exclusiones asociadas, visite el sitio web ProminenceMedicare.com/dental. Debe utilizar la red de proveedores de FCL Dental.
Detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión al año. La prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento de seguimiento o derivaciones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.
Detección de diabetes	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de

Servicio cubierto	Lo que pagas
Cubrimos esta evaluación (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también podrían estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas con diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar su glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. o Los únicos monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas cubiertos son los productos CONTOUR® fabricados por Ascensia Diabetes Care. (No se requiere autorización a menos que se solicite una cantidad superior a 150 tiras por cada suministro de 30 días). o Todos los suministros para el monitoreo continuo de glucosa requieren autorización previa. La única marca cubierta son los productos FREESTYLE LIBRE® fabricados por Abbott Diabetes	Usted paga un copago de $0 por suministros para el monitoreo de la diabetes. Usted paga $0 de copago por zapatos terapéuticos, plantillas y aparatos ortopédicos. Usted paga un copago de $0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes. Los suministros para el control de la diabetes, las ortesis plantares y los zapatos, plantillas y aparatos ortopédicos terapéuticos requieren autorización previa.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Care, Inc. o Las marcas alternativas de suministros para el monitoreo de la diabetes requieren una autorización previa con necesidad médica. o La cobertura está limitada a un medidor o monitoreo continuo de glucosa cada 365 días. • Para personas con diabetes que padecen pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos hechos a medida por año calendario (incluidas las plantillas que se incluyen) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos con suela gruesa y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se incluyen). La cobertura incluye la prueba. • La capacitación sobre autogestión de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	
Equipo médico duradero (EMD) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el equipo médico duradero (EMD) médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una	Usted paga $0 de copago. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es de *$0* cada *mes.* Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. *Se requiere autorización previa para todos los artículos DME con un precio de compra mayor a $1,000 o $75 por mes, si se alquila.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
marca o fabricante en particular, puede preguntarle si puede encargarlo especialmente para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web: www.prominencemedicare.com Por lo general, *Prominence Dual HMO D-SNP* cubre cualquier equipo médico duradero (EMD) cubierto por Medicare Original de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es nuevo en *Prominence Dual HMO D-SNP* y usa una marca de EDM que no está en nuestra lista, continuaremos cubriéndola hasta por 90 días. Durante este período, debe consultar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo derive a una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, puede presentar una apelación. También puede hacerlo si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9).	
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Proporcionado por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesario para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. A emergencia médica Se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, cree que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, si está embarazada, la	Usted paga un copago de $0 por visita a un centro de emergencia. No está obligado a pagar el copago de la sala de emergencias si es admitido en el hospital como paciente internado por la misma afección dentro de los 3 días posteriores a una visita a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y

Servicio cubierto	Lo que pagas
pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección que empeora rápidamente . El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. **Atención de emergencia en todo el mundo*** Se proporciona cobertura para atención de emergencia recibida en todo el mundo. (Mundial se refiere a la atención de emergencia recibida fuera de Estados Unidos y sus territorios).	necesita hospitalización una vez que se haya estabilizado su estado de emergencia, el plan debe autorizar su hospitalización en dicho hospital, y su costo será el mismo que pagaría en un hospital de la red. Sin embargo, una vez superada la emergencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua. Atención de emergencia en todo el mundo Copago de $115 por visita. Cobertura máxima anual de $25,000 para servicios de emergencia y consultas de urgencia fuera de Estados Unidos. No incluye procedimientos planificados. No está obligado a pagar el copago de la sala de emergencias si es admitido en el hospital como paciente internado dentro de los 3 días por la misma afección.
Tarjeta de beneficios adicionales Los beneficios de los artículos y servicios de venta libre están limitados a través de la red minorista &more. Productos de venta libre disponibles en tiendas físicas, por catálogo o en línea en andmorehealth.com o llamando al 855-AND-MORE. También puede visitar el sitio web ProminenceMedicare.com para consultar el catálogo de venta libre de 2026 y las ubicaciones de las tiendas físicas.	Recibirá una asignación de $675 cada tres meses para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos (electricidad y agua).
Servicios de audición	Usted paga un copago de $0 por

Servicio cubierto	Lo que pagas
Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, audiólogo u otro proveedor calificado . **Exámenes de audición de rutina** **Audífonos** Nuestro plan cubre hasta un límite máximo anual para la compra de un audífono. El gasto de bolsillo del miembro por audífono varía según el nivel de tecnología seleccionado. Los miembros deben adquirir audífonos en TruHearing. La compra de audífonos incluye: • Examen de audición anual sin costo • Garantía integral de 3 años, que incluye cobertura por pérdida, daños y reparación. • Suministro de baterías para 2 años, hasta 64 celdas por audífono al año • período de evaluación de 60 días • Seguimiento del servicio durante 1 año sin costo con el proveedor original • Servicios profesionales, que incluyen pruebas, ajuste, programación y soporte.	exámenes de diagnóstico auditivo. Usted paga $0 de copago por exámenes de audición de rutina (una vez cada seis meses). Paga un copago de $0 por la adaptación y evaluación de audífonos. El límite máximo es de $3,000 al año para ambos oídos. El costo de bolsillo del miembro por audífono varía según el nivel de tecnología seleccionado. El copago por tecnología de nivel 1 es de $0 y el copago máximo es de $1,725. Las citas deben programarse a través de TruHearing.
Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos:	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba preventiva del VIH cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Hasta 3 exámenes de detección durante el embarazo.	
Comidas a domicilio Inmediatamente después de una cirugía u hospitalización. Puede calificar para recibir hasta 63 comidas a domicilio durante un período de 21 días, según sus necesidades.	Usted paga $0 de copago. *Los servicios requieren autorización previa.*
Atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que los necesita y solicitará que una agencia de salud a domicilio los proporcione. Debe estar confinado en su hogar, lo que implica un gran esfuerzo al salir de casa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y asistente de salud a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para estar cubierto por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y asistente de salud a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	No hay coaseguro, copago ni deducible para este beneficio. *Se requiere autorización previa.*
Terapia de infusión domiciliaria La terapia de infusión domiciliaria consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su domicilio. Los componentes necesarios para realizar la infusión domiciliaria incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales,	$0 copago *Se requiere autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
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 acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no estén cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de supervisión para la prestación de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor de terapia de infusión domiciliaria calificado	
Cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que padece una enfermedad terminal y que le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en su área de servicio, incluyendo programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Cuidado de relevo a corto plazo	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por *Prominence Dual HMO D-SNP* .

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Cuidado domiciliario Cuando lo admiten en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por las Partes A o B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal:** Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de las Partes A y B relacionado con su pronóstico terminal . Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor facturará a Medicare Original los servicios que este paga. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. **Para servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal:** si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (como si existe un requisito para obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, usted paga solo el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según Medicare Original. **Para servicios cubiertos por *Prominence Dual HMO D-SNP* pero no cubierto por Medicare Parte A o B:** *Prominence Dual HMO D-SNP* seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de si	

Servicio cubierto	Lo que pagas
están relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición terminal de hospicio, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos simultáneamente por el hospicio y nuestro plan. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. **Nota:** Si necesita cuidados que no sean de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), contáctenos para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen: • vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas para COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Evaluaciones de seguridad en el hogar Una evaluación de seguridad en el hogar para identificar o eliminar posibles riesgos. Las evaluaciones deben ser prescritas por el proveedor y serán realizadas por un profesional de la salud a domicilio autorizado.	Usted paga un copago de $0 por una evaluación anual de seguridad del hogar por año. *Se requiere autorización del plan.*
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios de hospitalización de agudos, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios. La atención hospitalaria comienza el día de ingreso formal con orden médica. El día anterior al alta es su último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de las unidades de cuidados especiales (como cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios) • Medicamentos y drogas • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del lenguaje del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En ciertas circunstancias, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón-pulmón, médula ósea, células madre e	$0 copago por estadía Por cada hospitalización, usted cuenta con cobertura por períodos de beneficios específicos. Cada hospitalización se administra y cubre de acuerdo con las normas del plan y será consistente con los copagos de una hospitalización cubierta por Medicare. La Parte A de Medicare cubre hasta 90 días de hospitalización médicamente necesaria por cada período de beneficios. Medicare también cubre hasta 60 días adicionales de reserva vitalicia. Se otorgan 90 días por cada período de beneficios, pero estos 60 días de reserva vitalicia solo se pueden usar una vez durante la vida del beneficiario. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficio. Se cobra un costo compartido por cada hospitalización. Si recibe atención médica hospitalaria autorizada en un

Servicio cubierto	Lo que pagas
intestino/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que determinará si usted es candidato para un trasplante. Si *Prominence Dual HMO D-SNP* ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de trasplantes en su comunidad y usted decide recibir el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o cubriremos los costos de alojamiento y transporte correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o solicitar la donación de sangre propia o de otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios médicos **Nota:** Para ser considerado paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden de ingreso formal. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *"Beneficios Hospitalarios de Medicare"* . Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	hospital fuera de la red después de que su condición de emergencia se haya estabilizado, su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red. *Los servicios requieren autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. También podría tener derecho a usar los días de reserva vitalicios cubiertos por Medicare (si la hospitalización por servicios de salud mental supera los 90 días por período de beneficio). En el caso de hospitalizaciones por servicios de salud mental, su médico debe notificar al plan cuando sea ingresado. • Existe un límite de 190 días de por vida para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico. Este límite no aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados	Usted paga un copago de $0 por día, del día 1 al 90 por cada estadía en un centro de salud mental para pacientes internados. Para las estadías de atención de salud mental para pacientes internados, su médico debe notificar al plan cuando sea admitido. Para el uso de los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare (usados si una internación para recibir servicios de salud mental dura más de 90 días por período de beneficio), usted paga un copago de $0 por día, para los días 91 al 95; $0 por día, para los días 96 al 190, que incluyen los 40 días de reserva de por vida adicionales. Medicare cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Estos 40 días adicionales se ofrecen una sola vez durante la vida del beneficiario. El pago no puede exceder un total de 90 días de atención psiquiátrica hospitalaria en un hospital psiquiátrico independiente durante la vida del paciente. *Los servicios requieren autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
Estadía hospitalaria: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía hospitalaria no cubierta Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia con rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (excepto los dentales) que reemplazan total o parcialmente un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperante o defectuoso, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a roturas, desgaste, pérdidas o cambios en la condición física del paciente. • Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional	Los servicios enumerados continuarán cubiertos por los montos de costo compartido que se muestran en el cuadro de beneficios para el servicio específico. Para los suministros médicos cubiertos por Medicare, incluidos yesos y férulas, usted paga el monto de costo compartido correspondiente donde se brinda el servicio específico. Consulte los servicios de hospitalización para pacientes internados 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 (pero que no estén en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo ordene su médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
Cubrimos 3 horas de servicios de consejería individual durante el primer año que reciba servicios de terapia nutricional médica con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año posterior. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podría recibir más horas de tratamiento con una orden médica. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento es necesario para el siguiente año calendario.	
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles bajo todos los planes de salud de Medicare.** MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare **Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:** • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, de un hospital ambulatorio o de un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)	Usted paga un copago de $0 por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B. Usted paga un copago de $0 por otros medicamentos de la Parte B. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de copago de $35 para el suministro de insulina de un mes y no se aplican los deducibles por categoría de servicio o nivel de plan.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Otros medicamentos que toma utilizando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico: lecanemab), se administra por vía intravenosa. Además del costo de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría incrementar sus costos generales. Consulte con su médico sobre las exploraciones y pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se administran mediante inyección si tiene hemofilia • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia farmacológica para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y la Parte B al momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • 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, al ingerirse, se descompone en el mismo principio	*Se requiere autorización previa, incluida la terapia escalonada, para todos los medicamentos de la Parte B con un costo superior a $100.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
activo presente en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones. (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia	

Servicio cubierto	Lo que pagas
escalonada: https://prominencemedicare.com/get-care/prescription-drugs-part-d/prescription-forms-and-resources/ También cubrimos algunas vacunas bajo la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, incluyendo las reglas que debe seguir para tener cobertura para sus recetas. El costo de los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	
Detección y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal (IMC) de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Consulte con su médico de atención primaria o profesional de la salud para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y el tratamiento preventivo de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento con Opiáceos (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos de tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas	Copago de $0 por servicios del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	
Pruebas diagnósticas y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • rayos X • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos. • Suministros quirúrgicos, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o solicitar la donación de sangre propia o de otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias	Usted paga $0 de copago por pruebas y procedimientos de diagnóstico. Usted paga $0 de copago por servicios de laboratorio. Copago de $0 por cada servicio de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas). Usted paga $0 de copago por radiografías para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de $0 por servicios de sangre. Usted paga un copago de $0 por servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer). *Los servicios pueden requerir autorización previa*
Observación hospitalaria ambulatoria Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente internado o puede recibir el alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo se	Usted paga un copago de $0 por estadía. *Los servicios requieren autorización previa*

Servicio cubierto	Lo que pagas
cubren cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o solicitar pruebas ambulatorias. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden de ingreso hospitalario, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *"Beneficios Hospitalarios de Medicare"* . Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted recibe en el departamento ambulatorio de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica ambulatoria, como servicios de observación o atención ambulatoria. cirugía • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital	Usted paga un copago de $0 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Usted paga un copago de $0 por todos los servicios recibidos durante la atención de observación. *Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios, de observación y de centro quirúrgico ambulatorio.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos no pueden administrarse por cuenta propia **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden de ingreso hospitalario, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.	
Atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, consejero profesional autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Usted paga un copago de $0 por visita para visitas de terapia individual y grupal. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se brindan en diversos entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF).	Copago de $0 por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de $0 por cada visita de fisioterapia y terapia del habla cubierta por Medicare. *Se requiere autorización previa para visitas superiores a 12 al año.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Servicios de tratamiento ambulatorio por abuso de sustancias que se brindan en el departamento ambulatorio de un hospital o centro de atención ambulatoria a pacientes: • Que hayan sido dados de alta de una estancia hospitalaria para el tratamiento del abuso de sustancias farmacológicas; o • Que requieren tratamiento pero no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que sólo se encuentran en el entorno hospitalario para pacientes internados	Usted paga un copago de $0 por visita para visitas de terapia individual y grupal . *Los servicios ambulatorios de abuso de sustancias proporcionados en un centro requieren autorización previa* *Los servicios pueden requerir autorización previa.*
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios. **Nota:** Si se somete a una cirugía en un hospital, debe consultar con su proveedor si será paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden de ingreso hospitalario , usted es paciente ambulatorio y paga los costos compartidos de la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, podría ser considerado paciente ambulatorio.	Usted paga un copago de $0 por cirugía en un centro de cirugía ambulatoria. Usted paga un copago de $0 por otros servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. *Los servicios requieren autorización previa.*
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital o en un centro de salud mental comunitario que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización. *El servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud	Usted paga un copago de $0 por servicios de hospitalización parcial. Usted paga un copago de $0 por servicios ambulatorios intensivos. *Los servicios pueden requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
mental (conductual) activa brindado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que una hospitalización parcial.	
Sistema de Respuesta a Emergencias Personales (PERS) Su plan cubre un sistema y dispositivo de respuesta a emergencias personales, para brindarle acceso las 24 horas, los 7 días de la semana, a ayuda en caso de una emergencia.	Usted paga un copago de $0 por el sistema de respuesta a emergencias personales. *Los servicios requieren autorización previa*
Servicios de médicos/profesionales, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su médico de cabecera, si su médico lo solicita para ver si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de médicos de atención primaria y sesiones individuales para servicios especializados de salud mental. o Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta	Usted paga un copago de $0 por servicios de médico de atención primaria. Usted paga un copago de $0 por visita por servicios especializados. Usted paga $0 de copago por servicios de telesalud. *Los servicios especializados pueden requerir autorización previa y referencias.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
presencial o por telesalud. Si elige recibir alguno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. o Visite la página de registro de Teladoc y proporcione la información requerida en https://www.teladoc.com. También puede llamar a Teladoc al 1-800-TELADOC (835-2362). • Algunos servicios de telesalud incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros que reciben diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: o Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud o Tienes una visita en persona cada 12 meses mientras recibes estos servicios de telesalud	

Servicio cubierto	Lo que pagas
○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados a nivel federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos **si** : ○ No eres un paciente nuevo **y** ○ El check-in no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ El check-in no implica una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni la cita más próxima disponible. • Evaluación del vídeo y/o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si** : ○ No eres un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita más próxima disponible. • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o historia clínica electrónica • Segunda opinión *de otro proveedor de la red* antes de la cirugía • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, arreglo de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades	

Servicio cubierto	Lo que pagas
neoplásicas por cáncer o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico)	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o el espolón calcáneo) • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Usted paga un copago de $0 por los servicios de podología cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de $0 por servicios de podología de rutina (límite de 12 visitas por año). *Los servicios pueden requerir autorización previa*
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento de PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una prueba única para detectar el virus de la hepatitis B.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
Acceso a Prominence Fitness y Gimnasio Prominence Medicare Advantage ofrece a sus miembros acceso a una red de gimnasios y centros de fitness en todas nuestras áreas de servicio. Obtenga más información en ProminenceMedicare.com/living-	$0 copago

Servicio cubierto	Lo que pagas
healthy. Para obtener más información sobre cómo inscribirse en este beneficio, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Su uso del Beneficio de Fitness constituye su consentimiento para compartir información con nuestros socios y proveedores de la red de gimnasios. Los centros y cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.	
Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • examen rectal digital • Prueba del antígeno prostático específico (PSA)	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (excepto los dentales) que reemplazan total o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, prótesis y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, así como la reparación o el reemplazo de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas; consulte la sección " *Cuidado de la vista "* más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	Usted paga un copago de $0. *Se requiere autorización previa para todas las prótesis/suministros médicos con un precio de compra superior a $1000 o $75 por mes, si se alquilan.*
Servicios de rehabilitación pulmonar Se cubren programas integrales de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen enfermedad	Usted paga un copago de $0 por visita.

Servicio cubierto	Lo que pagas
pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	*Los servicios pueden requerir autorización previa.*
Monitoreo remoto de pacientes	Programa de telemonitoreo iniciado por el administrador de atención del plan de salud, donde los miembros califican para el Monitoreo Remoto de Pacientes (RPM). Se monitorean los signos vitales, como los niveles de oxígeno, el peso y la presión arterial, mediante la recopilación continua de datos, con una frecuencia que depende de la necesidad y la condición clínica. $0 copago
Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son dependientes del alcohol. Si el resultado de la prueba de abuso de alcohol es positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria calificado o un profesional en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento cubierto por Medicare para reducir el abuso de alcohol.
Detección del cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de

Servicio cubierto	Lo que pagas
Los miembros elegibles son personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que obtienen una orden para LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida para detección de cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que debe ser proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD después de la prueba inicial,* los miembros deben obtener una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante TCBD, la cual puede realizarse durante cualquier consulta pertinente con un médico o profesional no médico cualificado. Si un médico o profesional no médico cualificado opta por ofrecer una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para la detección de cáncer de pulmón en pruebas posteriores con TCBD, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.
Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corres un alto riesgo porque usas o has usado drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Naciste entre 1945-1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección. Si tiene alto riesgo (por ejemplo, si ha continuado consumiendo	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que pagas
drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C negativa), cubrimos pruebas anuales.	
Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando se realizan las pruebas. Solicitadas por un médico de atención primaria . Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de consejería conductual presencial de alta intensidad, de 20 a 30 minutos cada año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubrimos estas sesiones de consejería como servicio preventivo si las proporciona un profesional de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, como un consultorio médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS cubierto por Medicare.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, referidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo	Usted paga un copago de $0 por diálisis renal. Usted paga un copago de $0 por servicios de educación sobre la enfermedad renal. *Los servicios pueden requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo domiciliario (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para controlar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla **.**	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. A los centros de enfermería especializada a veces se les llama SNF). Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF). No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia • Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye	$0 copago por estadía Usted paga el 100% del costo total por los días 101 y posteriores para cada período de beneficio elegible. Los copagos para los beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficio. Un período de beneficio comienza el día de su ingreso y finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o SNF después de finalizar un período de beneficio, comienza uno

Servicio cubierto	Lo que pagas
sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea). • Sangre, incluyendo almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras tres pintas de sangre que obtenga en un año calendario o solicitar la donación de sangre propia o de otra persona . Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan los SNF • Pruebas de laboratorio que normalmente proporcionan los SNF • Rayos X y otros servicios de radiología que normalmente prestan los SNF • Uso de aparatos como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los centros de enfermería especializada • Servicios de médicos/profesionales Generalmente, recibe atención en centros de enfermería especializada (SNF) en centros de la red. Bajo ciertas condiciones que se detallan a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red en un centro que no sea proveedor de la red, si este acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde vive su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que sale del hospital	nuevo. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficio. *Los servicios requieren autorización previa.*
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y

Servicio cubierto	Lo que pagas
El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos 2 intentos de abandono al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, pudiendo el paciente recibir hasta 8 sesiones al año).	consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisada (SET) SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET. El programa SET debe: • Consiste en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno ambulatorio de un hospital o en el consultorio de un médico. • Ser administrado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la EAP. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/ enfermero clínico especialista que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas.	Usted paga un copago de $0 por visita. *Los servicios pueden requerir autorización previa.*

Servicio cubierto	Lo que pagas
El tratamiento SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período de tiempo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Transporte El transporte está cubierto a centros de salud aprobados por el plan. Incluye taxis, servicios de transporte compartido, furgonetas y transporte médico. Programe los transportes con 72 horas de anticipación.	Límite de 44 viajes de ida a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan. Límite de 20 viajes de ida para transporte no médico. Pueden aplicarse límites de kilometraje. *Se requiere autorización previa*
Servicios urgentemente necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dadas las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y cobrarle únicamente el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o los brotes inesperados de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.	Usted paga un copago de $0 por visita. No está obligado a pagar el copago por atención de urgencia si es admitido en el hospital como paciente internado por la misma afección dentro de los 3 días posteriores a una visita de atención de urgencia. <u>Servicios Urgentes – Cobertura Mundial</u> Usted paga un coseguro del 20% por visita. La cobertura máxima anual de $25,000 aplica para servicios de emergencia y consultas de atención de urgencia fuera de Estados Unidos. Esto no incluye procedimientos planificados.

Servicio cubierto	Lo que pagas
	No está obligado a pagar el copago por atención de urgencia si ingresa al hospital por la misma afección dentro de los 3 días. Sin embargo, una vez superada la urgencia, esperamos que regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua.
Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluyendo el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma al año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma se incluyen las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanoamericanos mayores de 65 años. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no podrá reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda. **Cuidado rutinario de la vista***	Usted paga un copago de $0 por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Usted paga un copago de $0 por un examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare anualmente. Usted paga un copago de $0 por un examen de detección de retinopatía diabética por año. Usted paga un copago de $0 por anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas. Cuidado rutinario de la vista* Usted paga un copago de $0 por un examen ocular de rutina (hasta 1 por año). Usted paga $0 de copago por un examen de retina.

Servicio cubierto	Lo que pagas
• Tienes una asignación de $500.00 cada año para anteojos (marcos y lentes) o un par de lentes de contacto. • Debe utilizar la red de optometristas y minoristas de National Vision Administrators (NVA).	
Bienvenido a la visita preventiva de Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única *de Bienvenida a Medicare* . Esta consulta incluye una evaluación de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y derivaciones a otros servicios de atención médica, si los necesita. **Importante:** Cubrimos únicamente la visita preventiva de *Bienvenido a Medicare* Dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de *Bienvenida a Medicare* .	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de *Bienvenido a Medicare* .

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

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

SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de *Prominence Dual HMO D-SNP*

Todos los servicios cubiertos por Medicaid de Florida están cubiertos por nuestro plan.

SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan O Medicare O Medicaid (exclusiones)

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

La siguiente tabla describe algunos servicios y artículos que no están cubiertos por nuestro plan O Medicare O Medicaid bajo ninguna condición o que están cubiertos por nuestro plan O Medicare O Medicaid solo bajo condiciones específicas.

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

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

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

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

CAPÍTULO 5:
Uso de la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos de la Parte D?

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Dado que está en el programa de Ayuda Adicional, es posible **que parte de la información de esta** *Evidencia de Cobertura* **sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponda.** Le enviamos un folleto aparte, llamado *Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos Recetados* (también conocido como *Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos* o *Anexo LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula LIS* . (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la contraportada de este documento).

SECCIÓN 1 Reglas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Nuestra Lista de Medicamentos le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Debe contar con un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que recete medicamentos) que le escriba una receta que sea válida según la ley estatal aplicable.
- Su médico no debe estar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.

- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta (vaya a la Sección 2 o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan).
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para suministrarle sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" se refiere a todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de farmacias* , visite nuestro sitio web (www.prominencemedicare.com *)* y/o llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Usted puede acudir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

Si su farmacia sale de la red

Si la farmacia que usa deja de pertenecer a la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, solicite ayuda a Servicios para Miembros llamando al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o consulte el

Directorio de Farmacias . También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.prominencemedicare.com.

Farmacias especializadas

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas se incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de atención a largo plazo (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que atienden al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los nativos americanos o nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos restringidos por la FDA a ciertas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación con proveedores o capacitación sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos que se suministran a través de pedidos por correo... Son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados con "NM" en nuestra Lista de Medicamentos.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Por lo general, un pedido de farmacia por correo le llegará en un plazo máximo de 5 días. Sin embargo, a veces puede retrasarse. Si necesita empezar a tomar sus medicamentos de

inmediato, pero el pedido por correo se retrasa, pídale a su médico un suministro de 30 días (receta) para un mes en su farmacia local.

La farmacia recibe las nuevas recetas directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia reciba una receta de un profesional de la salud, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea surtir el medicamento inmediatamente o más tarde. Es importante que responda cada vez que la farmacia se ponga en contacto con usted para informarles si deben enviar, retrasar o suspender la nueva receta.

Resurtidos de recetas por correo. Para resurtidos de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático . Con este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que se está quedando sin medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada resurtido para confirmar que necesita más medicamento. Puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicación ha cambiado.

Si decide no usar nuestro programa de autosurtido, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 7 días antes de que se agote su receta actual. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar su participación en nuestro programa que prepara automáticamente recargas de medicamentos por correo, contáctenos llamando a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si recibe automáticamente por correo una recarga que no desea, es posible que tenga derecho a un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Al obtener un suministro a largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento a un costo compartido más bajo. Su *Directorio de Farmacias.* www.prominencemedicare.com le informa qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro a largo plazo de mantenimiento. Medicamentos. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Uso de una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Generalmente, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el Departamento de Servicios para Miembros en 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cercana.

Cubrimos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia de manejo razonable que brinden servicio las 24 horas.
- Si las prescripciones están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia.
- Intenta surtir un medicamento cubierto que no se encuentra regularmente en una farmacia minorista o de venta por correo accesible de la red. El medicamento es un medicamento huérfano u otro producto farmacéutico especializado que la mayoría de las farmacias no suelen tener en stock.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de su parte habitual del costo) al surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

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

Nuestro plan cuenta con una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (formulario) . En esta *Evidencia de Cobertura* , **la llamamos Lista de Medicamentos.**

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este. La Lista de Medicamentos solo incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Generalmente cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan siempre que cumpla con las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento *que* :

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se prescribe, o
- Con el respaldo de ciertas referencias, como el Servicio de Información de Medicamentos del Formulario de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos tradicionales. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Generalmente, Los genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y suelen ser más económicos. Existen sustitutos genéricos para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la legislación estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la Lista de Medicamentos. (Para más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Hay seis niveles de costo compartido para los medicamentos en la Lista de medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: Los medicamentos genéricos preferidos son los niveles más bajos.
- Nivel 2 de costo compartido : medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos.
- Nivel 5 de Costos Compartidos : Medicamentos Especializados. Este es el nivel de costos compartidos más alto.
- Nivel 6 de costo compartido: Los medicamentos Select Care son medicamentos genéricos selectos con un costo compartido de $0.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, consúltelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 .

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

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de Medicamentos, tiene estas opciones :

- Visite el sitio web de nuestro plan (www.prominencemedicare.com). La lista de medicamentos en el sitio web siempre está actualizada.

- Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan o solicitar una copia de la lista.
- Utilice la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos, obtener un estimado de lo que pagará y ver si existen medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para animarles a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como uno de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a utilizar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un mismo medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la potencia, la cantidad o la presentación recetada por su profesional de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una al día frente a 2 al día; tableta frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que podamos cubrirlo. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre cómo usted o su proveedor pueden obtener cobertura para el medicamento **. Si desea que eliminemos la restricción, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos una excepción.** Es posible que aceptemos o no eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan según criterios específicos. Antes de aceptar cubrir su medicamento, se requiere **autorización previa** . Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Puede consultar los criterios de autorización previa de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito le anima a probar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que nuestro plan cubra otro. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan podría exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada** . Puede obtener los criterios de terapia escalonada de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día para un medicamento en particular, podríamos limitar la cobertura de su receta a no más de una pastilla al día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar y que no está en nuestra Lista de Medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura.

- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí hay opciones por lo que puedes hacer :

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puedes cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del mismo.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

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

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan. OR ahora está restringido de alguna manera** .

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan **.**
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta es para menos días, le permitiremos surtir varias veces para un máximo de 30 días. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que llevan más de 90 días en nuestro plan y viven en un centro de atención a largo plazo, y necesitan un suministro inmediato:** Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento específico, o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Para estas transiciones no planificadas, cubriremos un suministro de 30 días de un medicamento no incluido en el formulario, o menos si su receta está escrita para menos días, como un suministro de emergencia.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Mientras use un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote. Tiene dos opciones:

Opción 1. Puedes cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si otro medicamento cubierto por nuestro plan podría ser igual de efectivo para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 pueda ser efectivo para usted.

Opción 2. Puedes solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan una excepción y cubrir el medicamento de la forma que usted desea. Si su proveedor indica que tiene razones médicas que justifican una excepción, puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, puede solicitar que nuestro plan cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos. O puede solicitar una excepción y cubrir el medicamento sin restricciones.

Si ya es miembro y un medicamento que toma se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año , le informaremos sobre cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud (o la declaración justificativa de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 6.4 para aprender qué *hacer* Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, aquí hay cosas que puede hacer:

Puedes cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera demasiado alto, hable con su proveedor. Podría haber otro medicamento con un nivel de costo compartido

más bajo que podría ser igual de efectivo para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 ser adecuado para usted.

Puedes solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que pague menos. Si su proveedor... dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 6.4 Para saber qué hacer . Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite con prontitud y justicia.

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el costo compartido de los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren a principios de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede realizar algunos cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de 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 seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea con regularidad. En ocasiones, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

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

- **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, trasladarlo a un nivel diferente de costo compartido, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior. con las mismas o menos restricciones.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de 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 notificarle posteriormente, incluso si toma el medicamento que retiramos o modificamos. Si toma el mismo medicamento al momento del cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos**
    - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podríamos eliminar un medicamento similar, transferirlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y tendrá las mismas restricciones o menos.
    - Haremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

  - informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por alguna otra razón. En tal caso, podríamos retirarlo inmediatamente de la Lista de Medicamentos. Si toma ese medicamento, se lo notificaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos.**
  - realicemos otros cambios una vez comenzado el año que afecten a los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, Nos basamos en las advertencias destacadas de 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 un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con su médico sobre las opciones más adecuadas para usted, como cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con cualquier nueva restricción en el medicamento que toma. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. 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 le afectan durante este año del plan

Podríamos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no le aplicará si ya toma el medicamento al momento del cambio; sin embargo, es probable que estos cambios le afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si continúa en el mismo.

En general, los cambios que no le afectarán durante el año del plan actual son:

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre con un medicamento que usted toma (excepto el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado 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 directamente sobre este tipo de cambios durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de Medicamentos del próximo año del plan (cuando esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma que pueda afectarle durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos medicamentos recetados están *excluidos* . Esto significa que ni Medicare ni Medicaid los cubren.

Si recibe medicamentos excluidos, deberá pagarlos usted mismo (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura mejorada de medicamentos). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación se presentan tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- 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 puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no cubre el uso *no autorizado* de un medicamento cuando este no está respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Americanos y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. El uso *no autorizado* es cualquier uso del medicamento distinto al indicado en la etiqueta, según lo aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare ni Medicaid. Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid, como se indica a continuación.

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad

- Medicamentos utilizados para el alivio de los síntomas de la tos o el resfriado.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de 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.
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante exige que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren únicamente al fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura mejorada de medicamentos) que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura mejorada de medicamentos, por los cuales podría aplicarse una prima adicional. (Más información a continuación). El monto que paga por estos medicamentos no se considera para calificar para la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 6).

- Medicamentos cuando se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil

Cubrimos el Sildenafil (Viagra genérico) para la disfunción eréctil. Paga un copago de $0 por hasta 6 pastillas por un período de 30 días. El monto que paga al surtir una receta para estos medicamentos no se considera para la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 7 de este folleto).

Si lo **consigues Ayuda Adicional de Medicare** para pagar sus recetas. Esta ayuda no cubre medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información). Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid podría cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos podría estar disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que encontrará en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan la parte que *nos* corresponde del costo de su medicamento. Debe pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger su receta.

Si no tiene consigo la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información , o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción a nuestro plan .

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que tenga que pagar el costo total de la receta al recogerla** . Puede **solicitarnos el reembolso** de nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, Generalmente, cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su hospitalización. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que cumplan con todas las normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que utilice, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* en www.prominencemedicare.com para saber si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo (o la que utiliza) forma parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro de cuidados

a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidados a largo plazo.

Si reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o está restringido de alguna manera , vaya a la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o de un plan grupal de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** Ellos pueden ayudarle a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal para empleados o jubilados, La cobertura de medicamentos que le ofrecemos será *secundaria* a su cobertura grupal. Esto significa que su cobertura grupal paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura de medicamentos para el próximo año calendario es válida.

Si la cobertura del plan grupal es acreditable, significa que nuestro plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare .

Conserve todos los avisos sobre cobertura acreditable porque podría necesitarlos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Cobertura. Si no recibió un aviso de cobertura válida, solicite una copia a su empleador o al administrador de beneficios del plan de jubilación, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en el hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (por ejemplo, antieméticos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no cubre su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal ni con las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que receta o de su proveedor de hospicio indicando que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo. Para evitar demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro

plan, solicite a su proveedor de hospicio o al médico que receta que le notifique antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de cuidados paliativos o le den de alta, nuestro plan debería cubrir sus medicamentos según lo explicado en este documento. Para evitar demoras en la farmacia al finalizar su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y gestión de medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciban atención segura y adecuada.

Revisamos cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros registros periódicamente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que contienen ingredientes a los que eres alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma
- Cantidades peligrosas de analgésicos opioides

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

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar medicamentos opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides recetados y otros medicamentos de abuso frecuente . Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (PMD). Si usa opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, podríamos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea adecuado y médicamente necesario. En colaboración con sus médicos, si determinamos que usa opioides o

benzodiazepinas recetados... Es posible que los medicamentos no sean seguros, por lo que podríamos limitar su acceso. Si lo asignamos a nuestro Plan de Manejo de Drogas (PMD), las limitaciones podrían ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas medicamentos de una(s) farmacia(s) determinada(s)
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas medicamentos de un determinado prescriptor(es)
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepínicos que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le requerirá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que sepamos . Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No será ubicado en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, está recibiendo cuidados paliativos, cuidados paliativos o al final de la vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Gestión de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a gestionar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Manejo de Terapia con Medicamentos (MTM). Este El programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Ayude a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden un monto específico de los costos de los medicamentos, o que están inscritos en un Plan de Manejo de Deficiencias (PMD) para ayudarles a usar opioides de forma segura, podrían acceder a servicios a través de un programa de MTM. Si califica para el programa, un

farmacéutico u otro profesional de la salud le realizará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre... Sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de recomendaciones que incluye los pasos a seguir para obtener los mejores resultados. También recibirá una lista de medicamentos que incluye todos los que toma, la dosis, cuándo y por qué. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es recomendable hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud. Mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a urgencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a tus necesidades, te inscribiremos automáticamente y te enviaremos información. Si decides no participar, notifícanoslo y te daremos de baja. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:
Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, usamos "medicamento" para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, mientras que otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas debe seguir al obtenerlos. El Capítulo 5 explica estas normas. Al usar la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos, el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que deberá pagar. También puede obtener información de la "Herramienta de Beneficios en Tiempo Real" llamando a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

Dado que usted es elegible para Medicaid, califica y recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Debido a que recibe Ayuda Adicional, es posible **que parte de la información de esta** *Evidencia de Cobertura* **sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no le corresponda.** Le enviamos un folleto aparte, llamado *Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Medicamentos Recetados* (también conocido como *Anexo de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos* o *Anexo LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el *Anexo LIS* .

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos

Hay 3 tipos diferentes de costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede solicitar que pague:

- **El deducible** es la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- **El copago** es una cantidad fija que usted paga cada vez que obtiene una receta.
- **El coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no. Estos gastos se contabilizan en sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos <u>están incluidos</u> en sus costos de bolsillo.

Sus costos de bolsillo **incluyen** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y usted haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La etapa deducible
  - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Pasando a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de $2100 en costos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasa de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos <u>no están incluidos</u> en sus costos de bolsillo.

Sus costos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos recetados y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B
- Pagos que realiza por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, Compensación para Trabajadores)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos bajo el Programa de Descuento para Fabricantes

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de sus costos totales de desembolso personal

- La *Explicación de Beneficios* (EOB) de la Parte D que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,100, la *EOB de la Parte D...* te dirá que saliste de la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria** . Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para garantizar que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de *Prominence Dual HMO D-SNP*

Hay **3 Etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con *Prominence Dual HMO D-SNP* . El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre al surtirla o renovarla. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro del costo de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza al obtenerlos en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo pasa de una etapa de pago a la siguiente. Registramos dos tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** es el monto que usted pagó. Esto incluye lo que pagó al obtener un medicamento cubierto por la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por la Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *explicación de beneficios (EOB) de la Parte D.* Esta *explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* incluye:

- **Información de ese mes** . Este informe proporciona detalles de pago sobre las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre los cambios de precio desde el primer surtido para cada receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada receta, si corresponde.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos

Para llevar un registro de los costos y pagos de sus medicamentos, utilizamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos qué recetas surte y cuánto paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información necesaria.** En ocasiones, podría pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información necesaria para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debería proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando paga un copago por medicamentos proporcionados bajo un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros realizan por usted.** Los pagos de ciertas personas y organizaciones también se contabilizan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos al Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP), al Servicio de Salud Indígena y a organizaciones benéficas se contabilizan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *explicación de beneficios de la Parte D* , revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Conserve estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa Deducible

La Etapa de Deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto del deducible de nuestro plan, que es de $615 para 2026. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra la culebrilla, el tétanos y las vacunas para viajeros . *Pagará* un deducible anual de *$615* en los medicamentos *de los Niveles 3, 4 y 5.* **Debe pagar el costo total de sus *medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5*** hasta alcanzar el monto del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser 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. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los cargos por dispensación de medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que paga *$615 por* sus medicamentos *de niveles 3, 4 y 5* , abandona la Etapa de Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

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

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga la suya (su copago *o* coaseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

Nuestro plan tiene seis niveles de costos compartidos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento.

- Nivel 1 de costo compartido: Los medicamentos genéricos preferidos son los niveles más bajos.
- Nivel 2 de costo compartido : medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de Costos Compartidos : Medicamentos de marca preferidos. Usted paga $ *35* al mes por cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos.

- Nivel 5 de Costos Compartidos : Medicamentos Especializados. Este es el nivel de costos compartidos más alto. Usted paga $ *35* al mes por cada insulina cubierta en este nivel.
- Nivel 6 de costo compartido: Los medicamentos Select Care son medicamentos genéricos selectos con un costo compartido de $0.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que pagas por un medicamento depende de si lo obtienes de:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia fuera de la red de nuestro plan. Cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en casos limitados. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para saber cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y *el Directorio de farmacias de nuestro plan* www.prominencemedicare.com .

Sección 5.2 Sus costos por un suministro *de un mes* de un medicamento cubierto

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

Sus costos por un suministro *de un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (hasta un suministro *de 30* días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de *31 días*)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de *30* días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costos compartidos (Genéricos	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 3 de costos compartidos (Marca preferida)	Coaseguro del 25%	Coaseguro del 25%	Coaseguro del 25%
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	Coaseguro del 50%	Coaseguro del 50%	Coaseguro del 50%

Nivel	Costo compartido minorista estándar dentro de la red (hasta un suministro *de 30* días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de *31 días*)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de *30* días)
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos especializados)	Coaseguro del 25%	Coaseguro del 25%	Coaseguro del 25%
Nivel 6 de costos compartidos (Seleccione medicamentos para el cuidado)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

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

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le prescribe un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes.

Normalmente, el precio de un medicamento cubre el suministro de un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico prefieran que tenga menos de un mes de

suministro (por ejemplo, si está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, menos de un mes de suministro, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si recibe menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar por el suministro de todo el mes.

- Si usted es responsable del coaseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coaseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento también lo será.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por los días que recibe, en lugar de un mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de costo compartido) y lo multiplicamos por los días que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro *a largo plazo* (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es de hasta 100 días. suministrar.

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

Sus costos por un suministro *a largo plazo* (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	**Costo minorista estándar compartido (dentro de la red)** (hasta un suministro de 100 días)	**Costos compartidos de pedidos por correo** (hasta un suministro de 100 días)
Nivel 1 de costos compartidos (Genérico preferido)	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costos compartidos (Genérico)	$0 de copago	$0 de copago

Nivel	Costo minorista estándar compartido (dentro de la red) (hasta un suministro de 100 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (hasta un suministro de 100 días)
Nivel 3 de costos compartidos (Marca preferida)	Coaseguro del 25%	Coaseguro del 25%
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamento no preferido)	Coaseguro del 50%	Coaseguro del 50%
Nivel 5 de costos compartidos (Nivel de especialidad)	No se dispone de suministro a largo plazo.	No se dispone de suministro a largo plazo.
Nivel 6 de costos compartidos (Seleccione medicamentos para el cuidado)	$0 de copago	$0 de copago

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

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos de bolsillo para el año alcancen los $ *2,100*

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los $2,100. Luego, pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos por estos medicamentos no se contabilizarán en sus gastos de bolsillo totales.

La *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* que reciba le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, nuestro plan y terceros en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,100 en un año.

Le avisaremos si alcanza esta cantidad. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

En la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de $ *2,100* para el año calendario. Una vez en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Información sobre beneficios adicionales

Sin beneficios adicionales.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Aviso importante sobre el costo de las vacunas : Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

- La primera parte es el coste de **la vacuna en sí** .
- La segunda parte corresponde al costo de la **administración de la vacuna** . (A esto a veces se le llama «administración de la vacuna»).

Sus costos Para una vacuna de la Parte D dependen tres cosas:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no tienen ningún costo.
2. **Dónde recibes la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **¿Quién le administra la vacuna ?**
   - Un farmacéutico u otro profesional sanitario puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un profesional sanitario puede administrarla en el consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- Al vacunarse, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna y el costo de la administración de la misma. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total.
- Otras veces, cuando recibes una vacuna, solo pagas tu parte del costo según tu beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagas nada.

A continuación se muestran 3 ejemplos de formas en las que puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

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

Situación 2: Recibes la vacuna de la Parte D en el consultorio de tu médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la misma. y el costo que le supone al proveedor entregártelo.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 .
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe total pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe pagado menos cualquier coaseguro por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde le administran la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su coseguro *O* copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe total pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe pagado menos cualquier coaseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:
Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos

Nuestros proveedores de la red facturan directamente al plan sus servicios y medicamentos cubiertos; no debería recibir una factura por estos servicios o medicamentos. Si recibe una factura por atención médica o medicamentos que haya recibido, debe enviárnosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios y medicamentos deben estar cubiertos. Si así lo decidimos, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan , puede solicitarle un reembolso (a menudo, " **reembolso** "). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse el pago siempre que haya pagado por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir con plazos para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

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

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

1. Cuando recibió atención médica de emergencia o urgente de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

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

- Solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si paga el importe total al recibir la atención, solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree no adeudar. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
    - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de red le envía una factura que cree que no debería pagar

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

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

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que no puedan enviarnos la reclamación directamente. En ese caso, deberá pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Si no tiene la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar el costo total de la receta.

Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

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

Es posible que usted pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, o que tenga un requisito o restricción que desconocía o que no le corresponde. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, podríamos necesitar más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio negociado por la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura** . Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del

servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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

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

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

Servicios médicos	**Servicios de la Parte D**
Prominencia Salud	Prominencia Salud
c/o Departamento de Reclamaciones	c/o Abarca Salud
1510 Meadow Wood Lane	1606 Av. Juan Ponce de León
Reno, NV 89502	San Juan, Puerto Rico 00909

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

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

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted 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 el precio negociado). Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no están* cubiertos, o si usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que le estamos pagando, puede presentar una apelación. Al presentar una apelación, nos solicita que modifiquemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelación es formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

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

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

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

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

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

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

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

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en un plazo razonable* . Esto incluye el derecho a recibir atención oportuna de especialistas cuando la necesite. También tiene derecho a surtir o renovar sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

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

- Existen ciertas excepciones que no requieren su autorización por escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por ley.
    - Estamos obligados a divulgar información sanitaria a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluyendo información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y regulaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Podrás ver la información de tus registros y saber cómo se ha compartido con otros.

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

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

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

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

Como miembro de *Prominence Dual HMO D-SNP* , tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

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

- **Información sobre nuestro plan** . Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las cualificaciones de los proveedores y farmacias de nuestra red y cómo les pagamos.

- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir al usarla.** Los capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué un servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que modifiquemos una decisión, también conocido como apelación.

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

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

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

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar su costo o si están cubiertas por nuestro plan . Esto también incluye recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su atención médica. Debe ser informado con antelación si algún tratamiento o atención médica propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomarlos, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

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

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

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

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

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

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

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

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

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

Si no se siguen sus instrucciones

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

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

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

Sección 1.7 Si usted cree que está siendo tratado injustamente o que no se están respetando sus derechos

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

Si crees que te han tratado injustamente o que no se han respetado tus derechos, *y no* se trata de discriminación, puedes obtener ayuda para lidiar con el problema que tienes en estos lugares:

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

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a los Servicios para Miembros de nuestro plan al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local.** Para más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **Contacto Seguro médico del estado**

- Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

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

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer qué está cubierto y las normas que debe seguir para obtenerlos.
  - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre los servicios médicos.
  - Los capítulos 5 y 6 brindan detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud o cobertura de medicamentos Además de nuestro plan, estás obligado a informarnos.** El capítulo 1 le informa sobre cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciéndoles preguntas y haciendo un seguimiento de su atención.**
  - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos hayan acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúen de forma que contribuyan al buen funcionamiento de su consultorio médico, hospitales y demás consultorios.

- **Paga lo que debes.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento.
    - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso anual, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro del* área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera del* área de servicio de nuestro plan, usted No puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o inquietud

Este capítulo explica los procesos para gestionar problemas e inquietudes. El proceso que utilice para gestionar su problema depende de dos factores:

1. Si su problema se relaciona con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid** , si desea ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare, el de Medicaid o ambos, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. El tipo de problema que tienes:

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

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

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

Sección 1.1 Términos legales

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

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

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

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

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

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

Seguro médico del estado

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 .
- Visite www.Medicare.gov .

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Consulte el Capítulo 2 para obtener información de contacto.

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema?

Dado que tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede usar diferentes procesos para gestionar su problema o queja. El proceso que use dependerá de si el problema se refiere a los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema se refiere a un beneficio cubierto por Medicare, utilice el proceso de Medicare. Si su problema se refiere a un beneficio cubierto por Medicaid, utilice el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si usar el proceso

de Medicare o el de Medicaid, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Los procesos de Medicare y Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, consulte la tabla a continuación.

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

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

Sí.

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

No.

Vaya a **la Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otras inquietudes.**

SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

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

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

Sí.

Vaya a **la Sección 5, Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a **la Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 5 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones abordan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica** . El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza para cuestiones como la cobertura y la forma en que se cubre un servicio.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

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

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

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

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una forma formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En

ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación acelerada o rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es tramitada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si cumplimos con las normas. Al finalizar la revisión, le informamos nuestra decisión.

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

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1 .
- Vaya a **la Sección 6.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6.

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

Sección 5.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación posterior al Nivel 2, debe ser designado como su representante. Llame a

Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *de Designación de Representante* . (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)

- Para atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se remitirá automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta medicamentos puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o profesional que receta medicamentos puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante y así solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *de Designación de Representante* . (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.
  - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podremos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud será desestimada. En tal caso, le enviaremos una notificación por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede contactar a su propio abogado o solicitar el nombre de uno en su colegio de abogados local o en otro servicio de referencia. Hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si cumple los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

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

- **Sección 6** : Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** : Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8** : Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 9** : Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica solo a estos servicios:* atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF))

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

SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

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

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

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**

3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le dijimos que no la pagaríamos. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

4. Recibió y pagó atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan y desea solicitarle un reembolso. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**

5. Le informan que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted cree que reducirla o suspenderla podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF), vaya a las Secciones 8 y 9. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, de 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos, o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para recuperar la función.

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

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

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

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

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar utilizamos los plazos estándar.

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

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* demorarnos más, puede presentar una *queja rápida* . Le daremos una respuesta tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al de las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas).

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

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

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si considera que *no deberíamos* demorarnos más, puede presentar una *queja rápida* . (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas). Le llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no.

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

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

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada.**

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

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

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de su atención médica, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.2.

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

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitarla llamándonos. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una

buena razón para ello, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de buena causa pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

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

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación** . Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarle **, Puede tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es de un artículo o servicio médico . Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del plazo extendido si nos tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
    - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico . Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si considera que no deberíamos demorarnos más, puede presentar una queja rápida. Al presentar una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
    - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al finalizar el plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente la revisará. La Sección 6.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** A veces se le denomina **IRE.**

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

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

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

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

- Para la apelación rápida, el La organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales** . La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

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

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

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de la misma.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico ,** debemos autorizar la cobertura de

atención médica dentro de **las 72 horas** o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario. Tras recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar** . Para **las solicitudes aceleradas** , disponemos de **72 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si la organización de revisión independiente aprueba total o parcialmente una solicitud de un medicamento de la Parte B** , debemos autorizarlo o proporcionarlo dentro de **las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para **las solicitudes estándar.** Para **las solicitudes aceleradas ,** tenemos **24 horas** a partir de la fecha de recepción de la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza total o parcialmente su apelación** , significa que coincide con nosotros en que su solicitud (total o parcialmente) de cobertura médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
    - Explica la decisión.
    - informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. La notificación escrita que recibirá de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
    - Le explica cómo presentar una apelación de nivel 3.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la gestiona un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 10 explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 6.5 Si nos solicita que le reembolsemos una factura que recibió por atención médica

No podemos reembolsarle directamente por un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por *Servicios y artículos cubiertos* por Medicaid : envíenos la factura. **No pague la factura usted mismo.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos

encargaremos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si cumplió con las normas para obtener el servicio o artículo.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura.

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

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

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 6.3 . Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

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

SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente decimos *"medicamento"* en el resto de esta sección, en lugar de repetir siempre *"medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto"* o *"medicamento de la Parte D"* . 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 normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le informa que su receta no puede surtirse tal como está escrita, la farmacia le entregará un aviso por escrito explicando cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le explica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de un medicamento de nuestro plan (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 7.2**

- Solicitar la preaprobación de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicite el reembolso. Sección 7.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 7.2 Solicitud de excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario** .

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario** .

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción de niveles.**

Si un medicamento no está cubierto como usted desea, puede solicitarnos una **excepción** . Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que le receta medicamentos deberá explicar las razones médicas por las que necesita la aprobación de la excepción. A continuación, se presentan tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que le receta medicamentos pueden solicitar:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el costo compartido correspondiente al nivel 5 para medicamentos de marca o genéricos. No puede solicitar una excepción al costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto** . El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento .

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se encuentran en uno de los 6

niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será su parte del costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos .
- Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos con un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que incluye alternativas a productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del nivel 5
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que receta medicamentos debe proporcionarnos una declaración que explique las razones médicas por las que solicita una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que receta medicamentos al solicitar la excepción.

Nuestra Lista de Medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una afección específica. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos** . Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el que solicita y no causara más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente no lo haremos. Aprobar su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* la aprobaremos a menos que todos los medicamentos alternativos en el nivel o niveles de costo compartido más bajos no le resulten tan eficaces o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos decir sí o no a su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto se aplica siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos que no a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de **las 72 horas** posteriores a la recepción del informe médico. **Las decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de **las 24 horas** posteriores a la recepción del informe médico.

***Si tu salud lo requiere, solicítanos una decisión de cobertura rápida.* A *Para obtener una decisión* de cobertura rápida , debe cumplir 2 requisitos:**

- Debes estar solicitando un medicamento que aún no has recibido. (No puedes solicitar una decisión de cobertura rápida para que te reembolsen un medicamento que ya has comprado).
- El uso de plazos estándar podría provocar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro médico que le receta medicamentos nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida , automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida .**
- **Si solicita una decisión rápida de cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o profesional de la salud, decidiremos si su salud requiere que se la demos . Si** no la aprobamos , le enviaremos una carta que:
    - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
    - Explica que si su médico u otro médico que le receta medicamentos solicita una decisión de cobertura rápida , automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida .

- Le explicamos cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la que solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas posteriores a su recepción.

Paso 2 : Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluyendo las solicitudes presentadas mediante el *Formulario Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura de los CMS* o el formulario de nuestro plan, disponible en nuestro sitio web www.prominencemedicare.com . El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que indique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro médico que le recete medicamentos) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 explica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la justificación** médica que la justifica. Su médico o profesional de la salud puede enviarnos la declaración por fax o correo postal. También puede informarnos por teléfono y, si es necesario, enviarnos una declaración por fax o correo postal.

Paso 3 : Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a que recibamos su solicitud.
  - En caso de excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicitó,** debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 24 horas posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Generalmente debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su solicitud.
    - En caso de excepciones, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente .
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicitó,** debemos **brindarle la cobertura** que acordamos **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud** , le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** siguientes a que recibamos su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicitó,** también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario siguientes a que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud** , le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4 : Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

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

Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación del plan** .

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada.**

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

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días naturales. Una apelación rápida suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que le recetará el medicamento deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2 : Usted, su representante, médico u otro prescriptor debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-855-969-5882** . El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo las presentadas mediante el *Formulario Modelo de Solicitud de Redeterminación de los CMS* , disponible en nuestro sitio web www.prominencemedicare.com . Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para facilitarnos el trámite.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para ello, explique el motivo de la demora al presentar su apelación. Podríamos darle más tiempo para presentarla. Ejemplos de buena causa pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para presentar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

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

- Al revisar su apelación, revisamos cuidadosamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas al rechazar su solicitud. Podríamos contactarlo a usted, a su médico o a otro profesional que le receta medicamentos para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación** . Le daremos una respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindarle la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no has recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días naturales, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que usted solicitó** , debemos brindarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero a más tardar **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a la totalidad de lo que solicitó** , le enviaremos una declaración escrita que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** siguientes a que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente .
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,** también estamos obligados a realizarle el pago dentro de **los 30 días calendario** siguientes a que recibamos su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o a la totalidad de su solicitud** , le enviaremos una declaración por escrito explicando el motivo. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4 : Si respondemos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 7.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** A veces se le denomina **IRE.**

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

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otro prescriptor) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2 ante la organización** de revisión independiente . Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
  - **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha de la notificación escrita.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación **de riesgo** bajo nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina **expediente** . **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente** . Podemos cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para la apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta brindarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud si se trata de un medicamento que aún no ha adquirido. Si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos brindarle la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 72 horas** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué pasa si la organización de revisión independiente dice que no a su apelación?

Si esta organización rechaza **total o parcialmente** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (total o parcialmente). (Esto se denomina **confirmar la decisión** . También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4 : Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibirá después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 la gestiona un Juez Administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo ofrece más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando lo admiten en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día de su alta. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de su alta.

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

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

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

1. **Lea este aviso atentamente y pregunte si no lo entiende.** Le informa:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
   - Dónde reportar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.

- Tiene derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y comprende sus derechos.

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

3. Conserve su copia del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

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

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

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

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

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta prevista es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** Es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la

atención médica para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puedo contactar con esta organización?

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

Actúa rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad *antes de* salir del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta .**
    - **Si cumple con este plazo** , puede permanecer en el hospital *después de* su fecha de alta *sin pagar nada* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - **Si no lo haces Cumplir con este plazo, contáctenos.** Si Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planificada, *es posible que tenga que pagar los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta planificada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Al mediodía del día siguiente a la fecha de contacto, le enviaremos un **Aviso Detallado de Alta** . Este aviso indica su fecha de alta prevista y explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im .

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Al mediodía del día siguiente a la notificación de su apelación por parte de los revisores, recibirá una notificación por escrito con la fecha de alta prevista. Esta notificación también explica detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

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

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

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

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente dice que *no* , significa que su fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para su hospitalización... Los servicios hospitalarios finalizarán** al mediodía del día *siguiente a que* la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente rechaza *su* apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.

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

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

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

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

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

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

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

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

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindándole cobertura. para su paciente hospitalizado atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario** .
- Debe continuar pagando su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente dice que no:

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

Paso 4: Si la respuesta es no, debes decidir si quieres continuar con tu apelación pasando al Nivel 3.

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

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto

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

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

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

Sección 9.1 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal:

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

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informa:

   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención médica durante un período de tiempo más largo.

2. **Se le pedirá a usted , o a alguien que actúe en su nombre, que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió.** Firmar la notificación *solo demuestra* que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 9.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado

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

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

Durante una Apelación de nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención médica para los beneficiarios de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de suspender la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una *apelación acelerada* . Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puedo contactar con esta organización?

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

Actúa rápidamente:

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del *Aviso de No Cobertura de Medicare* .

- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de No Cobertura de Medicare* . El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado también se encuentran en el Capítulo 2.

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

Término legal:

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que les proporcione nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá la *Explicación detallada de la no cobertura.* de nosotros que explica en detalle nuestras razones para finalizar nuestra cobertura para sus servicios.

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

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

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

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que *no* , entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica domiciliaria, o atención en un centro de enfermería especializada, o servicios del Centro de rehabilitación ambulatoria integral

(CORF) *después de* esta fecha en la que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

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

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

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un tiempo más prolongado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es gestionado por un Juez Administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación.

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

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 10.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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

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

En la mayoría de los casos de apelación, los tres últimos niveles funcionan de forma muy similar a los dos primeros. A continuación, se detalla quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez Administrativo o el abogado adjudicador aprueba su apelación, el proceso de apelación *podría* concluir o *no* .** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar, se procederá a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con la documentación adjunta. Podríamos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador dice que no a su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* terminar** .
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

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

Apelación de nivel 5

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

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

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

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

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un monto determinado, podría acceder a niveles adicionales de apelación. Si el monto es inferior , no podrá apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de apelación, los tres últimos niveles funcionan de forma muy similar a los dos primeros. A continuación, se detalla quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado** . Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado** .
    - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado** . Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por el Consejo

dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación *puede* o *no* haber terminado** .
    - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones termina.
    - Si no desea aceptar la decisión, podría pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión, la notificación le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También le indicará a quién contactar y qué hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5

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

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

Presentar quejas

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan mediante el proceso de quejas?

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

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respetando su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso contigo? • ¿No está satisfecho con nuestros servicios para miembros?

Queja	Ejemplo
	• ¿Sientes que te están animando a abandonar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o está esperando demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Le han hecho esperar demasiado los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿Está descontento con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que usted recibe de nosotros	• ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?
Puntualidad (Este tipo de quejas se refieren a la *puntualidad de* nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí tiene algunos ejemplos: • Nos solicitó una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida* y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

A **la queja** también se le llama **reclamación** .

Presentar una queja se llama **presentar una reclamación** .

El uso del proceso para presentar quejas se denomina **uso del proceso para presentar una reclamación** .

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

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

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

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora le conviene, o si solicita más tiempo, **podemos tardar hasta 14 días naturales adicionales** (44 días naturales en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos más días, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de decisión rápida de cobertura o apelación rápida, le daremos automáticamente una queja rápida.** Esto significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas** .
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema por el cual se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad

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

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

O

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

Sección 11.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

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

Problemas con sus beneficios de Medicaid

SECCIÓN 12 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Si tiene algún problema con sus beneficios de Medicaid, comuníquese con la Agencia para la Administración de Atención Médica de Florida (FDA) para hablar sobre su problema o pregunta. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-877-711-3662, TDD 1-866-467-4970, de lunes a jueves de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; los viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. La llamada es gratuita. Encontrará información de contacto adicional en el Capítulo 2 (Números de teléfono y recursos importantes).

CAPÍTULO 10:
Fin de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

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

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

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

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

Sección 2.1 Puede finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare solo pueden cancelar su membresía en ciertas épocas del año. Dado que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado,
- Medicare original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado (si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare y ya no recibe Ayuda Adicional, y no tiene cobertura de medicamentos válida durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía a la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- Llame a su Oficina Estatal de Medicaid para conocer sus opciones de plan de Medicaid. (Los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este documento).
- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de Inscripción Abierta** . La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de Inscripción Abierta.
- **Su membresía generalmente termina el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará ese mismo día.

Sección 2.2 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante este período, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el año siguiente.

- El **período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre** .
- **Puede optar por mantener su cobertura actual o modificarla para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
    - Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado
    - Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
    - Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, 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 a la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y no tiene cobertura de medicamentos válida durante 63 días consecutivos o

más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.3 Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

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

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

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

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

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

- Por lo general, cuando te mudas

- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si violamos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)

Nota: Si está en un programa de control de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de gestión de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

Los plazos de inscripción varían según tu situación.

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

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado, o
- Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar en la inscripción automática.

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

Nota: Las secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo finalizar su membresía puede :

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

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

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

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debes hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • *Prominence Dual HMO D-SNP* será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare original *con* un plan de medicamentos de Medicare separado	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • *Prominence Dual HMO D-SNP* será cancelada automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare original *sin* un plan de medicamentos de Medicare separado	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. o visite nuestro sitio web para cancelar su inscripción en línea .** Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar **a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar su baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se le cancelará su inscripción a *Prominence Dual HMO D-SNP* cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si cancela su inscripción a la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda Adicional y no tiene cobertura de medicamentos válida durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Envejecimiento de Florida al 1-877-787-8999. Pregunte cómo su afiliación a otro plan o el regreso a Medicare Original afectan la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid.

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

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

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

SECCIÓN 5 *Prominence Dual HMO D-SNP* debe finalizar nuestra membresía del plan en determinadas situaciones

***Prominence Dual HMO D-SNP* debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si ya no cumple los requisitos para Medicaid. Como se indica en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan es para personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Si se encuentra dentro del período de seis meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente, ni pagaremos las primas ni los costos compartidos de Medicare que el estado debería cubrir si no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período.

- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si usted es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente presente en los Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otros seguros, tiene derecho a que le proporcionen cobertura para medicamentos recetados.
- Si nos proporciona información incorrecta intencionalmente al inscribirse en nuestro plan, y dicha información afecta su elegibilidad para el mismo, no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare.
- Si se comporta continuamente de forma disruptiva y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare).
    - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podrá solicitar que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare lo cancelará de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos.

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

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

Prominence Dual HMO D-SNP no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud .

¿Qué debes hacer si esto sucede?

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

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

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

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

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

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

La discriminación es ilegal

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

Plan de Salud Prominence:

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

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

- No diseña el plan y sus beneficios para desalentar sustancialmente la inscripción de ciertas personas elegibles o de un afiliado que desarrolle una enfermedad renal en etapa terminal mientras está inscrito y no pueda ser dado de baja por ese motivo.

- Prominence Health Plan también emite un Aviso de no discriminación para sus planes MA para garantizar que los afiliados no sean discriminados en la prestación de servicios de atención médica, de acuerdo con los beneficios cubiertos en su póliza, por motivos de raza, etnia, origen nacional, religión, género, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética o fuente de pago.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 12: Definiciones

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

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

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

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

Producto biológico : medicamento de venta con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las presentaciones alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “ **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 sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte la sección " **Biosimilares intercambiables** ").

Medicamento de marca : Un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes y, por lo general, no están disponibles hasta después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura catastrófica : la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado $2100 Para los medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, nuestro plan cubre el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Es posible que tenga que pagar costos compartidos por los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

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

Coseguro : una cantidad que se le puede solicitar pagar , expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles.

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

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

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

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

Nivel de Costo Compartido : Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de seis niveles de costo compartido . En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido , mayor será el costo del medicamento.

Determinación de cobertura Una decisión sobre si un medicamento **que** le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si corresponde, que deberá pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y esta le informa que no está cubierta por nuestro plan, no se trata de una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura .**

Medicamentos cubiertos : término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

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

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

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

Tarifa diaria de costo compartido : Esta tarifa puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro inferior a un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. La tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre la cantidad de días del suministro mensual. Por ejemplo: si su copago para un suministro mensual de un medicamento es de $30, y en nuestro plan el suministro mensual es de 30 días, su tarifa diaria de costo compartido es de $1 por día.

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

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

Tarifa de dispensación: tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de llenar una receta , como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

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

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

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

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

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

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación : este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de cobertura decisión Que, de aprobarse, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (excepción al formulario) o un medicamento no preferido con un costo compartido más bajo (excepción por nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de obtener el que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (excepción al formulario).

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

Medicamento genérico : Un medicamento recetado aprobado por la FDA con el mismo principio activo que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que uno de marca y suele ser más económico.

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

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

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

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

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según lo declarado en su declaración de impuestos del IRS de hace

dos años, superan cierta cantidad, pagará la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se añade a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial – Esta es la etapa anterior a que sus costos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto límite de desembolso personal.

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

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP) – Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertas instalaciones a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en instalaciones (FI-SNP).

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

Biosimilar Intercambiable : Un biosimilar que puede utilizarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos) : una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

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

Programa de Descuento de Fabricantes : Un programa mediante el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan para los medicamentos de marca y biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

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

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

Indicación médicamente aceptada – Un uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias , como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Estadounidenses y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex .

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

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

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

Plan Medicare Advantage (MA) : A veces llamado Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados** .

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como visión, atención dental o audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare : un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar la Parte A y la Parte B. Beneficios B para las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costo de Medicare, Planes para Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Piloto y Programas de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

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

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas, disponible para personas que cumplen ciertos requisitos o participan en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una consulta con un farmacéutico o profesional de la salud para revisar los medicamentos.

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

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

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

Farmacia de la red – Una farmacia con contrato con nuestro plan donde los miembros pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas solo están cubiertas si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la Red : **Proveedor** es el término general para médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y el estado para brindar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red**

tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago completo y, en algunos casos, coordinar y brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores de planes** .

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

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

Producto Biológico Original – Un producto biológico aprobado por la FDA que sirve de referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare original (**Medicare tradicional o de pago por servicio) Medicare**) Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica, según los montos establecidos por el Congreso. Puede consultar con cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original consta de dos partes: la Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red : Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor o centro fuera de la red : Un proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a sus miembros. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni están operados por nuestro plan.

Costos de bolsillo : Consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe también se conoce como requisito de costos de bolsillo del miembro.

Umbral de desembolso personal – La cantidad máxima que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE : Un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS) para personas frágiles, a fin de ayudarles a mantener su independencia y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben sus beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C – Ir al plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – El Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D : Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía a la Parte D : monto agregado a la prima mensual de su plan de cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea 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 Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se obtienen de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en los costos de bolsillo totales combinados por servicios de proveedores dentro y fuera de la red (no preferidos).

De primera calidad – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por gastos médicos o medicamentos recetados. cobertura.

Servicios preventivos – Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Médico de Atención Primaria (PCP) : El médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe

consultar a su médico de atención primaria antes de consultar a cualquier otro profesional de la salud.

Autorización previa Aprobación previa para obtener servicios y/o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se indican en la Tabla de Beneficios Médicos. Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis : dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) : Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de Cantidad : Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: Un portal o aplicación informática donde los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna y clínicamente apropiada sobre el formulario y sus beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma condición médica que un medicamento específico y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Referencia – Una orden escrita de su médico de cabecera para que usted visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no cubra los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación : estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Vía de Servício – Un área geográfica donde debe vivir para afiliarse a un plan de salud específico . En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar,

generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (no urgentes). Nuestro plan debe cancelar su afiliación si se muda permanentemente fuera de su área de servicio.

Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF): Servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación que se brindan de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas, que solo pueden ser administradas por un enfermero titulado o un médico.

Período Especial de Inscripción: Un período determinado en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o regresar a Medicare Original. Entre las situaciones en las que podría ser elegible para un Período Especial de Inscripción se incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe Ayuda Adicional para el costo de sus medicamentos recetados, si se muda a una residencia de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades Especiales: Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Terapia escalonada : una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) – Un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los del Seguro Social.

Servicios de Urgencia : Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y no es una emergencia se considera de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si, dadas las circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o reagudizaciones inesperadas de afecciones preexistentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red no está disponible temporalmente.

Servicios para miembros de *Prominence Dual HMO D-SNP*

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
Llamar	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. El Servicio para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
Teléfono de texto	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.
Fax	1-775-770-9004
Escribir	Plan de Salud Prominence , 1510 Meadow Wood Lane, Reno, NV 89502
Sitio web	www.prominencemedicare.com

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

Método	Información del contacto
Llamar	1-877-711-3662
Teléfono de texto	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.
Escribir	Agencia de Administración de Atención Médica de Florida, Oficina del Defensor del Pueblo Apartado postal 5197 Tallahassee, Florida 32314
Sitio web	https://hhs.floridaaging/health/medicare

Declaración de divulgación de la PRA. *Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para*

esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.