1 de enero – 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

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

Este documento ofrece los detalles de su cobertura de salud de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender:

- Su prima del plan y su costo compartido
- Nuestros beneficios médicos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

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

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

Este documento está disponible gratis en español. También puede recibir este documento en braille, en letra grande o en CD de audio.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestra red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Usted recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (Vence: 31 de agosto de 2026) Y0109_NVVETEOC27_C

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: Cómo comenzar como miembro 4

SECCIÓN 1 Usted es miembro de *Prominence Veteran HMO* 4
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 5
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros 6
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027 7
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 11
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan 11
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 12

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 14

SECCIÓN 1 *Información de contacto de* Prominence Veteran HMO 14
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 17
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) 18
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) 19
SECCIÓN 5 Seguro Social 20
SECCIÓN 6 Medicaid 21
SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB) 22
SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador 22

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos 24

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 24
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 26
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 31
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 33
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 34
SECCIÓN 6 Reglas para obtener atención en una institución religiosa de atención de salud no médica 36
SECCIÓN 7 Reglas sobre la propiedad del equipo médico duradero 37

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 39

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos 39

SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios y costos médicos 41
SECCIÓN 3 Servicios que nuestro plan no cubre (exclusiones) 85

CAPÍTULO 5: Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos 89

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debe pedirnos que paguemos nuestra parte de los servicios cubiertos 89
SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le reembolsemos o que paguemos una factura que usted recibió 91
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos que sí o que no 92

CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades 93

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 93
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 99

CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 101

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 101
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 102
SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema 102
SECCIÓN 4 Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones 103
SECCIÓN 5 Atención médica: cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación 106
SECCIÓN 6 Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada si usted cree que le están dando el alta demasiado pronto 115
SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura terminará demasiado pronto 121
SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 125
SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 127

CAPÍTULO 8: Cómo terminar su membresía en nuestro plan 131

SECCIÓN 1 Cómo terminar su membresía en nuestro plan 131
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan? 131
SECCIÓN 3 Cómo terminar su membresía en nuestro plan 133
SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, usted debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan 134

SECCIÓN 5 *Prominence Veteran HMO* debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones 134

CAPÍTULO 9: Avisos legales 137

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 137
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 137
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador Secundario de Medicare 139

CAPÍTULO 10: Definiciones 140

CAPÍTULO 1:
Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de *Prominence Veteran HMO*

Sección 1.1 Usted está inscrito en *Prominence Veteran HMO*, que es un HMO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y eligió obtener su cobertura de salud de Medicare a través de nuestro plan, *Prominence Veteran HMO*. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

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

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo *Prominence Veteran HMO* cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. A veces, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en que usted esté inscrito en *Prominence Veteran HMO* entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de *Prominence Veteran HMO* después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar *Prominence Veteran HMO* cada año. Usted puede seguir recibiendo cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan mientras nosotros decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

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:

- Usted tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Usted vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.2). Las personas que están encarceladas no se consideran residentes del área de servicio geográfica, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Usted es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.

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

Prominence Veteran HMO solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

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

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

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

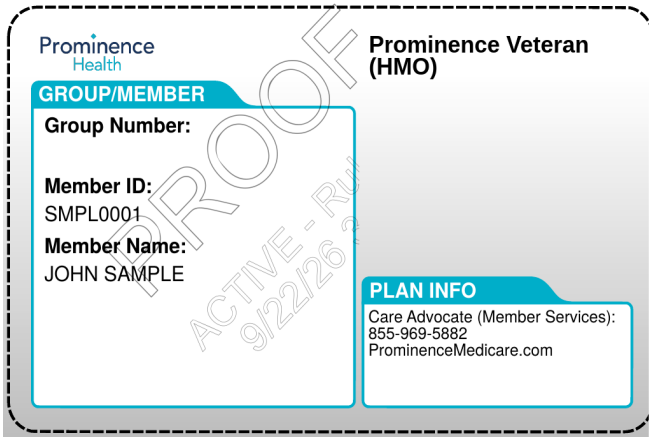
Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los EE. UU., o no ciudadano elegible

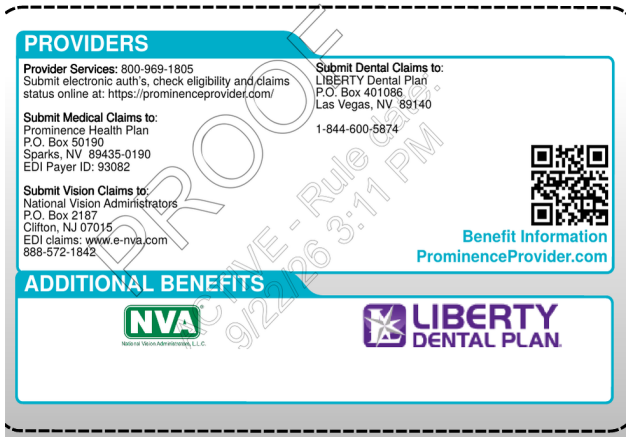
Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, usted debe ser ciudadano o nacional de los EE. UU., o un no ciudadano elegible. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a *Prominence Veteran HMO* si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. *Prominence Veteran HMO* debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros

Sección 3.1 La tarjeta de membresía de nuestro plan

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





NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de *Prominence Veteran HMO*, es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se la pidan si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos).

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

Sección 3.2 Proveedor

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

Usted debe usar proveedores de la red para recibir su atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la autorización adecuada, tendrá que pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible

(es decir, situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en que *Prominence Veteran HMO* autorice el uso de proveedores fuera de la red.

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

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que este monto. Vaya a la Sección 4.1 para obtener más detalles.	**$0**
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. (Vaya a la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles.)	**$6,500**
Visitas al consultorio de atención primaria	**$0 por visita**
Visitas al consultorio de especialistas	**Copago de $0-45 por visita**

	Sus costos en 2027
Hospitalizaciones Incluye varias hospitalizaciones, como rehabilitación de cuidados agudos y cuidados a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que usted es admitido formalmente con una orden del médico y termina el día antes de que le den de alta.	**Hospitales de nivel 1:** **Usted paga un copago de $350 por día durante los días 1-6** **Usted paga un copago de $0 por día durante los días 7-90.** **Hospitales de nivel 2:** **Usted paga un copago de $425 por día durante los días 1-6.** **Usted paga un copago de $0 por día durante los días 7-90.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan por separado por *Prominence Veteran HMO*.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige pagar otras primas de Medicare

Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También es posible que pague una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

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

Mientras esté inscrito en este plan, Prominence Health Plan reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare en $202.90. La reducción la establece Medicare, es administrada por la Administración del Seguro Social (SSA) y usted no tiene que completar ningún papeleo para recibir este beneficio. Dependiendo de cómo pague su prima de la Parte B de Medicare, su

reducción puede acreditarse en su cheque del Seguro Social o en su estado de cuenta de la prima de la Parte B de Medicare. Es posible que la Administración del Seguro Social tarde varios meses en completar su procesamiento. Esto significa que es posible que no vea el aumento en su cheque del Seguro Social hasta varios meses después de la fecha de entrada en vigor de este plan. Cualquier aumento que no haya recibido se agregará a su próximo cheque una vez que se complete el procesamiento. Tenga en cuenta que, si cancela su inscripción en este plan, su beneficio de la prima de la Parte B de Medicare terminará en la fecha de la cancelación de la inscripción. Como se mencionó anteriormente, es posible que la Administración del Seguro Social tarde varios meses en completar su procesamiento. Cualquier reducción de la prima que reciba después de cancelar su inscripción con el tiempo se deducirá de su cheque del Seguro Social. Si tiene preguntas sobre este beneficio, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882. (Solo para usuarios de TTY, llame al 711). Atendemos llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía

A algunos miembros se les exige pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que termine su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en el que usted no tuvo la Parte D ni otra cobertura de medicamentos acreditable. La cobertura de medicamentos acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos acreditable. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en Prominence Veteran HMO, le informaremos el monto de la multa. Si usted no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

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

- Usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
- Usted pasó menos de 63 días consecutivos sin la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Usted tuvo cobertura de medicamentos acreditable 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 cobertura acreditable. Es posible que reciba esta información en una carta o en un boletín de ese plan. Conserve esta información

porque podría necesitarla si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que usted tuvo cobertura de medicamentos recetados acreditable que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no son cobertura de medicamentos recetados acreditable.

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

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará el número de meses completos que no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, este monto de prima promedio es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de la multa) por el 1% de la prima base nacional del beneficiario y luego redondea ese monto a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa será el 14% por $41.33, lo que equivale a $5.79. Esto se redondea a $5.80. Este monto se sumaría a la prima mensual del plan de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.

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

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Por lo general, seguirá pagando una multa todos los meses** mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.
- Si usted tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará únicamente en los meses en que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por haber alcanzado la edad para Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden pedir una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración la realiza una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Por lo general, debe pedir esta reconsideración dentro de los 60 días a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de pedir una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una reconsideración de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, podrían cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

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

No se nos permite cambiar el monto de la prima mensual de su plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía de su plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red de su plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y cuáles son sus montos de costo compartido**. Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si ocurre alguno de estos cambios, avísenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, como las reclamaciones por un accidente automovilístico

- Si ingresa a un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable que usted designó (como un cuidador)
- 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 piensa participar, pero le recomendamos que lo haga.)

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

También es importante comunicarse con el 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 que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama Coordinación de Beneficios.

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

Cuando usted tiene otro seguro (como cobertura de salud de grupo de un empleador), las reglas de Medicare determinan si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero (“el pagador primario”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (“el pagador secundario”) solo paga si quedan costos sin cubrir por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y hospital.

Estas reglas se aplican a la cobertura de un plan de salud de grupo de un empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.

- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, del número de personas empleadas por su empleador y de si usted tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
    - Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y usted (o un familiar) todavía trabaja, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador de un plan de varios empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador de un plan de varios empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted 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 por pulmón negro
- Compensación laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que hayan pagado Medicare, los planes de salud de grupo de empleadores y/o Medigap.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 *Información de contacto de* Prominence Veteran HMO

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

Servicios para Miembros – Información de contacto	
Llame	*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. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. 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
Escriba	*Prominence Health Plan* *1510 Meadow Wood Lane* *Reno NV 89502*
Sitio web	www.prominencemedicare.com

Si sospecha que hay fraude, desperdicio o abuso, infórmelo a la Línea directa de Cumplimiento de Prominence al 1-800-852-3449

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

Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación sobre su atención médica

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

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre atención médica – Información de contacto	
Llame	*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. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. 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
Escriba	*Prominence Health Plan* *1510 Meadow Wood Lane* *Reno NV 89502*
Sitio web	www.prominencemedicare.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Usted puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de nuestros proveedores de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas de cobertura o de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Quejas sobre la atención médica – Información de contacto	
Llame	*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. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	*711* Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. 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
Escriba	*Prominence Health Plan* *1510 Meadow Wood Lane* *Reno NV 89502*
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre *Prominence Veteran HMO* directamente ante Medicare, vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que usted recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que usted cree que nosotros debemos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si usted nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Solicitudes de pago – Información de contacto	
Llame	*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.

TTY	*711* Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. 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
Escriba	*Prominence Health Plan* *1510 Meadow Wood Lane* *Reno NV 89502*
Sitio web	www.prominencemedicare.com

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años 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 a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Llame	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Converse por chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluido lo que cuestan y qué servicios ofrecen. • Encuentre médicos u otros proveedores y suplidores de atención médica que participen en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, los hogares de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica en el hogar, los centros de diálisis, los centros de hospicio, los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga acerca de *Prominence Veteran HMO*. **Para presentar una queja ante Medicare,** vaya a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas en serio y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en cada estado. A continuación, se presenta una lista de los Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros de Salud de cada estado en el que prestamos servicio: En Nevada, el SHIP se llama Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades.

SHIP es un programa estatal independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

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

con sus facturas de Medicare. Los consejeros del SHIP también pueden ayudarle con preguntas o problemas de Medicare, ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades (SHIP de Nevada) - Información de contacto	
Llame	Programa de Asistencia de Medicare de Nevada 1-800-307-4444
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades 1550 E College Parkway Carson City, NV 89706 Correo electrónico: adsd@adsd.nv.gov
Sitio web	https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/Medicare_Assistance_Program_(MAP)/MAP_Prog/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

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

Commence Health cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para que verifiquen y ayuden a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. *Commence Health* es una organización independiente. No está conectada con nuestro plan.

Comuníquese con *Commence Health* en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención son recibir el medicamento equivocado, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Usted cree que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.

- Usted cree que la cobertura de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) está terminando demasiado pronto.

***Commence Health (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Nevada)* - Información de contacto**	
Llame	1-877-588-1123 El horario de atención es de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Commence Health BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la inscripción en Medicare.

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

Seguro Social – Información de contacto	
Llame	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778

	Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., 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 de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con Bajos Ingresos Específico (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas que Trabajan y Reúnen los Requisitos (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada (Medicaid) - Información de contacto	
Llame	775-684-4000
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Servicio al Cliente de Medicaid de Nevada P.O. Box 30042

	Reno, NV 89520-3042
Sitio web	http://dhhs.nv.gov/

SECCIÓN 8 Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

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

Junta de Retiro Ferroviario (RRB) – Información de contacto	
Llame	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la 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 la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro de grupo u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios del empleador o del grupo de jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o 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, las primas o el período de inscripción del empleador o del grupo de jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de hecho). Puede llamar al 1-800-

MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 3:
Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted necesita saber para usar nuestro plan y obtener cobertura para su atención médica. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, consulte el Cuadro 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 autorizados por el estado para brindar servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costo compartido como pago total. Hemos dispuesto que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando usted consulta a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de los servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención de la salud, los suministros y el equipo que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Sección 1.2 Reglas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica

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

Prominence Veteran HMO generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que usted reciba esté incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que usted reciba se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipo o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que le brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, usted debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección 2.1 para obtener más información).
    - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado (una remisión) antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - Usted no necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia ni servicios de urgencia. Para conocer otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, la atención 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 usted tiene que pagar al proveedor el costo total de los servicios que reciba. Estas son 3 excepciones*:*
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber qué son la atención de emergencia o los servicios de urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si usted necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se requiere obtener una Autorización Previa antes de buscar atención fuera de la red. En esta situación, usted 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 a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que usted 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 de este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca puede ser más alto que el costo compartido de Medicare Original. Si usted está 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 más alto 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 decide recibir servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido por la diálisis podría ser más alto.

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

Sección 2.1 Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica

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

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor del plan para que sea su Médico de Atención Primaria (PCP). Su PCP es un médico cuya especialidad es 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, usted recibirá su atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP también "coordinará" el resto de los servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro plan. Su PCP le brindará la mayor parte de su atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye sus radiografías, pruebas de laboratorio, terapias, atención de médicos que son especialistas, admisiones al hospital y atención de seguimiento. "Coordinar" sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo va. En algunos casos, su PCP necesitará obtener autorización previa (aprobación previa) de nosotros. Dado que su PCP le brindará y coordinará su atención médica, usted debe pedir que se envíen todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cómo elegir un PCP?

Usted selecciona un médico de atención primaria de su Directorio de Proveedores y llama a Servicios para Miembros para informar su selección. El directorio se actualiza continuamente; por lo tanto, comuníquese con Servicios para Miembros para asegurarse de que el proveedor esté aceptando nuevos pacientes. Servicios para Miembros está disponible para ayudarle con su selección y para ayudarle a encontrar un médico que satisfaga sus necesidades. Servicios para Miembros también puede ayudarle a verificar si un proveedor está en nuestra red de médicos. Si hay un especialista u hospital en particular que usted desea usar, primero verifique que el especialista o el hospital estén en la red de su plan.

Cómo cambiar su PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar un nuevo PCP. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más detalles. Su cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Para cambiar su PCP, llame a Servicios para Miembros. Servicios para Miembros confirmará que el PCP al que desea cambiarse esté aceptando nuevos pacientes. Cambiaremos su registro de membresía al nuevo PCP y le confirmaremos cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP.

Sección 2.2 Atención médica que usted puede recibir sin una remisión del PCP

Usted puede recibir los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre 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 de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dados su tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, aun si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a organizar su diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- Hay otros servicios que usted puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

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

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

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

Cuando su proveedor de atención primaria (PCP) considere que usted necesita tratamiento especializado, él o ella coordinará para que usted consulte a un especialista u otros proveedores de nuestra red. Es posible que los miembros de Prominence Veteran HMO necesiten una remisión de su PCP para consultar a cualquier especialista de la red. Usted puede hacer una cita con el especialista de su elección, siempre que el especialista esté en nuestra red de proveedores. Aunque es posible que no se requiera una remisión de su PCP a un especialista, le recomendamos que hable con su PCP sobre el especialista más adecuado para sus necesidades. Su PCP puede ayudarle a elegir un especialista y coordinar su atención.

Si tiene alguna pregunta sobre si el especialista u otro proveedor que desea consultar está en nuestra red de proveedores, consulte nuestro Directorio de Proveedores 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 esté aceptando nuevos pacientes.

Aunque es posible que no se requieran remisiones a especialistas, hay algunos tipos de servicios médicos que requieren la aprobación previa de nuestro plan. Esto se llama obtener “autorización previa”. Su médico puede llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar autorización para los servicios que requieren autorización previa del plan. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

Es posible que se necesite autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 para saber qué servicios requieren autorización previa). La autorización puede obtenerse del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor que no tenga contrato con el plan, pueden preguntarle al plan, antes de que se preste un servicio, si el plan lo cubrirá. 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 7 (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)) contiene más información sobre qué hacer si desea una decisión de cobertura de nuestra parte o si desea apelar una decisión que ya hayamos tomado.

Si usted no tiene una determinación anticipada, la autorización también puede obtenerse de un proveedor de la red que remita a un inscrito a un especialista fuera de la red del plan para un servicio, siempre que dicho servicio no esté excluido explícitamente y de manera permanente de la cobertura del plan, como se describe en el Capítulo 4.

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

Es posible que hagamos 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 estos derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si usted consultó a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de él o lo consultó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar su atención.
- Si usted está recibiendo tratamientos médicos o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se continúen los tratamientos o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que usted podría tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o no es adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, organizaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido de la red. Es posible que usted necesite obtener autorización previa del plan.

- Si usted se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no se está manejando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, un reclamo formal sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambos (consulte el Capítulo 7).

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Puede haber ocasiones en las que usted necesite atención médica que solo puede recibir de un proveedor que está fuera de nuestra red de proveedores. Usted puede obtener servicios de proveedores fuera de la red en circunstancias limitadas y solo si los servicios son beneficios cubiertos y son médicamente necesarios. Si esto sucede, se debe obtener la autorización del plan antes de buscar atención. En esta situación, usted 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 a un proveedor fuera de la red. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada “Cómo comunicarse con nosotros cuando usted solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica”. También puede comunicarse con Servicios para Miembros a los números de teléfono que aparecen en la contraportada de este folleto.

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

Los miembros tienen derecho a recibir servicios de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o de urgencia fuera del área. Además, cubrimos los servicios de diálisis para miembros con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) que han viajado fuera del área de servicio del plan y no pueden acceder a proveedores de ESRD con contrato.

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente sin formación especializada con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si usted tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Pida una ambulancia si la necesita. No necesita obtener primero la aprobación ni una remisión de su PCP. No necesita usar un médico de la red. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, aunque no forme parte de nuestra red

- **Lo más pronto posible, asegúrese de que se haya informado a nuestro plan sobre su emergencia.** Necesitamos dar seguimiento a su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame al número de Servicios para Miembros que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación del plan.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

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

Después de que termine la emergencia, usted tiene derecho a atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Sus médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento. Sin embargo, una vez que la emergencia

haya pasado, esperamos que usted regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua.

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

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría acudir a recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico podría decir que, después de todo, no era una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico indique que no fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si usted la recibe de una de estas 2 maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- La atención adicional que usted recibe se considera un servicio de urgencia y usted sigue las reglas que se indican a continuación para recibir esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dados su tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, aun si usted está fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

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

Si necesita atención que no sea de emergencia fuera del horario normal de atención, puede visitar el Centro de Atención de Urgencia más cercano. Consulte el Directorio de Proveedores

para obtener información sobre los Centros de Atención de Urgencia. Recuerde presentar su tarjeta de identificación de miembro al momento de su visita.

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

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, una vez que la situación de urgencia haya pasado, esperamos que usted regrese a los proveedores de la red para recibir atención continua.

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

Sección 3.3 Cómo 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 de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de nuestro plan.

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

Si usted 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 dentro de la red.

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

Si usted pagó más que el costo compartido de nuestro plan por servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Prominence Veteran HMO cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Si usted recibe servicios que no están

cubiertos por nuestro plan, o recibe servicios fuera de la red sin autorización que no sean de emergencia ni de urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficio, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto.. Una vez que se alcanza un límite de beneficio, el monto que usted pague por el servicio no se contará para el máximo de gastos de bolsillo de su plan. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber cuánto de su límite de beneficio ya ha usado.

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 manera en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Medicare aprueba ciertos estudios de investigación clínica. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente piden voluntarios para participar en el estudio. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, usted 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 monto de costo compartido de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá presentar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si usted desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener la aprobación de nosotros ni de su PCP. Los proveedores que le brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos 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 a otras reglas del plan).

Aunque usted no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si usted participa en un estudio no aprobado por Medicare, 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 usted se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que usted reciba como parte del estudio, incluidos:

- Habitación y comidas durante una hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico, si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones de la nueva atención.

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

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

Cuando usted participa 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 el estudio está probando, a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aunque usted no estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios que se proporcionan solo para recopilar datos y que no se usan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías

computarizadas mensuales que se realicen como parte de un estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

- Artículos y servicios que los patrocinadores de la investigación proporcionan sin cargo a las personas que participan en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare y los estudios de investigación clínica,* disponible en www.Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. 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 obtener atención en una institución religiosa de atención de salud no médica

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención de salud no médica

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

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

Para obtener atención de una institución religiosa de atención de salud no médica, usted debe firmar un documento legal que establezca que se opone por convicción a recibir tratamiento médico que sea **no exceptuado**.

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

Para que nuestro plan la cubra, la atención que usted reciba de una institución religiosa de atención de salud no médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención hospitalaria o de atención en un centro de enfermería especializada.
  - – *y* – usted debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro; de lo contrario, su estadía no será cubierta.

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

SECCIÓN 7 Reglas sobre la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 Usted no será propietario de algunos equipos médicos duraderos después de hacer cierto número de pagos conforme a nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que un proveedor ordena para que los miembros las usen en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME deben alquilarse.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se convierten en dueñas del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de *Prominence Veteran HMO*, por lo general usted no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan**. No obtendrá la propiedad aunque haya hecho hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo de DME. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que usted hizo por el equipo médico duradero si cambia a Medicare Original?

Si usted no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiar a Medicare Original para ser

propietario del artículo de DME. Los pagos que hizo mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: Usted hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No se volvió propietario del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos para ser propietario del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Los pagos que ya hizo (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para el equipo de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

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

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y de contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y de contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si usted deja *Prominence Veteran HMO* o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le preste servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor suministra el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido correspondiente al oxígeno). Después de 5 años, usted puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En ese momento, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si se queda con la misma compañía, y se le exige nuevamente que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si usted se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:
Cuadro de Beneficios Médicos
(lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de bolsillo por los servicios cubiertos

El Cuadro de Beneficios Médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga usted por cada servicio cubierto como miembro de *Prominence Veteran HMO*. Esta sección también ofrece información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites de ciertos servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que usted puede pagar por los servicios cubiertos

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

- **Deducible:** el monto que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- **Copago:** el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos le brinda más información sobre su coseguro).

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

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

Los Planes Medicare Advantage tienen límites sobre el monto total que usted debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por la Parte A y la

Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el monto MOOP es de $6,500.**

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

Sección 1.3 A los proveedores no se les permite facturarle el saldo

Como miembro de *Prominence Veteran HMO*, usted tiene una protección importante, ya que solo debe pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden cobrarle cargos adicionales por separado, llamados **facturación del saldo**. Esta protección se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así funciona la protección contra la facturación del saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, $15.00), usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que consulte:
    - Si usted recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (esta se establece en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
    - Si usted recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted recibe una remisión o en casos de emergencia o de servicios de urgencia).
    - Si usted recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro

plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando usted recibe una remisión, o en casos de emergencia o de servicios de urgencia fuera del área de servicio).

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

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

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

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los 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 inscritos, su plan de atención coordinada de MA debe ofrecer un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no puede exigir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento correspondía a un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

  Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia, o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor el monto total por los servicios fuera de la red que reciba.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que le brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle una aprobación previa (una remisión) antes de que usted pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación previa (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en cursiva en el Cuadro de Beneficios Médicos.

- También podemos cobrarle cargos administrativos por citas a las que no asista o por no pagar el costo compartido requerido en el momento del servicio. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos.
- Prominence Health seguirá todas las pautas de cobertura de Medicare relacionadas con los abortos, la planificación familiar y las pruebas genéticas

Otros datos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que en Medicare Original. Por otros, paga *menos.* (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y usted 2027*. Puede verlo en línea en www.Medicare.gov o pedir 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 conforme a Medicare Original, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo también se le trata o se le controla por una afección médica existente, se aplicará un copago por la atención que recibió para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Un examen de detección por ultrasonido, por única vez, para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe de su médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS) una remisión para este examen.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.

Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días bajo las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • Que dure 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 una cirugía • no asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si empeora. **Requisitos para los proveedores:** Los médicos (según se definen en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden prestar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP) y los especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se identifican en la sección 1861(aa)(5) de la Ley), y el personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen 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 vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir,	No hay coseguro ni copago para las visitas cubiertas por Medicare.

Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que preste servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel de supervisión apropiado de un médico, un PA o un NP/CNS, según lo exigen nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o de no emergencia, incluyen servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotatoria y terrestre, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar la atención, si se prestan a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona, o si nuestro plan los autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	$300 El copago se aplica por tramo. Un tramo es el transporte en ambulancia hasta el centro apropiado más cercano. Se incurre en otro tramo si el beneficiario es transportado luego en ambulancia a otro centro. No se cobra el copago si usted es admitido en el hospital como paciente hospitalizado. Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.
Examen físico anual Un examen realizado por un médico de atención primaria. Este examen está cubierto una vez cada 12 meses. Los servicios incluyen: • Un examen físico apropiado para la edad y el sexo, que incluye signos vitales y mediciones. • Orientación, asesoramiento e intervenciones para reducir factores de riesgo. • Administración o solicitud de vacunas, pruebas de laboratorio o procedimientos de diagnóstico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual. Usted será responsable del monto de costo compartido por cualquier servicio adicional que se realice durante una visita anual de bienestar. Esto incluye, entre otros, el monto de costo compartido por cualquier estudio de imágenes (como una radiografía de tórax) o prueba de diagnóstico (como un electrocardiograma (EKG)).

Visita anual de bienestar Si usted ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede recibir una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esta visita está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura de las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (por lo general, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años de edad • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años de edad o más • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

• Las mamografías de diagnóstico se proporcionan con más frecuencia que una vez al año, si son médicamente necesarias	
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen ciertas condiciones con una orden de un médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si usted ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque al corazón en los últimos 12 meses • Cirugía de derivación (bypass) de la arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de una válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se usa para abrir una arteria bloqueada) o colocación de endoprótesis (stent) coronaria (un procedimiento que se usa para mantener abierta una arteria) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Usted puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (de 1 hora cada una), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda recibir 36 sesiones más que pueden distribuirse en un período más largo. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que por lo general son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga $10 por visita. La terapia de ejercicio supervisada está cubierta para las personas calificadas, hasta 36 sesiones, para personas con enfermedad arterial periférica (PAD). Consulte el beneficio de terapia de ejercicio supervisada (SET) en esta sección para obtener más información sobre los servicios de SET. Los servicios pueden requerir autorización previa.

Visita para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se alimente de manera saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para la enfermedad cardiovascular.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
Examen de detección de 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 usted tiene 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 las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	Usted paga un copago de $10 por cada visita cubierta por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir

• El plan también cubre la atención quiropráctica de rutina.	una subluxación). Usted paga $20 por cada visita quiropráctica de rutina, hasta un límite de 12 visitas al año. *Se requiere autorización previa.*
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará según los servicios individuales que se presten durante el curso del tratamiento.
Examen de detección de cáncer colorrectal Se cubren las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años de edad o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal; está cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubre una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años de edad o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo, después de que el paciente se haya hecho una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo, a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años de edad o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba no invasiva de detección de cáncer colorrectal en heces cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o una colonoscopia de detección planificada que implique la extirpación de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en el mismo encuentro clínico.	
Servicios dentales En general, Medicare Original no cubre los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales). Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del	No hay copago, coseguro ni deducible para los servicios dentales cubiertos por Medicare. Exámenes bucales (hasta 2 visitas

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 un tratamiento de radiación por cáncer que afecta la mandíbula, o los exámenes bucales previos a un trasplante de órgano. Además, cubrimos:

El plan ofrece cobertura para servicios preventivos e integrales con un límite combinado de $3,000. Se incluye la cobertura de los siguientes servicios del beneficio.

- Exámenes bucales
- Profilaxis (limpieza)
- Tratamiento con fluoruro
- Radiografías dentales
- Servicios de restauración (las coronas no están cubiertas)
- Endodoncia
- Periodoncia
- Prostodoncia
- Cirugía oral y maxilofacial
- Servicios generales complementarios

Visite www.ProminenceMedicare.com/dental o llame a Servicios para Miembros para encontrar un dentista.

por año): copago de $0

Radiografías dentales (hasta 2 visitas por año): copago de $0

Limpieza (hasta 2 visitas por año): copago de $0

Tratamiento con fluoruro (hasta 2 visitas por año): copago de $0

Servicios de restauración (límite de 1 visita dental por año para servicios de restauración) - coseguro de 0%-50% - Recementación o readhesión de incrustación (inlay), incrustación superpuesta (onlay), carilla o cobertura parcial con coseguro de 0%. Recementación o readhesión de corona con coseguro de 0%. Las resinas compuestas y la amalgama están cubiertas con coseguro de 10% y limitadas a 2 por año. Otros servicios cubiertos con coseguro de 50% una vez por año.

Endodoncia: coseguro de 0%-50% - Obturación retrógrada, por raíz, con coseguro de 0%. Todos los demás servicios con coseguro de 50%.

Periodoncia: coseguro de 0%-50% - Mantenimiento periodontal con coseguro de 0% (2 de profilaxis, raspado o mantenimiento periodontal). Coseguro de 10% para el desbridamiento de boca completa. Todos los demás códigos cubiertos con coseguro de 50%, 1 por sitio/cuadrante

cada 2 años calendario.

Prostodoncia (removible) - coseguro de 0%-50% - Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura parcial, por diente, con coseguro de 0%. Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura completa, por diente, con coseguro de 0%. Reparación de dentadura con coseguro de 10% una vez por arcada cada doce meses. Una dentadura completa con coseguro de 50% por arcada cada cinco años.

Prostodoncia (fija) – coseguro de 0%-50% - Recementación o readhesión de prótesis parcial fija con coseguro de 0%. Otros servicios cubiertos con coseguro de 50% (uno por arcada cada cinco años).

Cirugía oral y maxilofacial: coseguro de 0%-50% - Reimplante y/o estabilización de dientes, por accidente, con coseguro de 0%. Las extracciones están cubiertas con coseguro de 10%. Otros servicios cubiertos con coseguro de 50%.

Servicios generales complementarios: coseguro del 0%-50% - Teleodontología, sincrónica; encuentro en tiempo real, con coseguro del 0%. Teleodontología, asincrónica; información almacenada y enviada al dentista para su revisión posterior, con coseguro del 0%. La anestesia y la sedación

	por inhalación e intravenosa están cubiertas con coseguro del 50%. Otros servicios cubiertos con coseguro del 10%. La Asociación Dental Estadounidense emite cada año cambios en los códigos de la Terminología Dental Actual (CDT). Los códigos de procedimientos pueden modificarse durante el año del plan debido a la discontinuación 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 usar la red de proveedores de Liberty Dental.
Examen de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. El examen debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.
Examen de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar alta en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si usted cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Es posible que usted sea elegible para hasta 2 exámenes de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros Para todas las personas que tienen diabetes (que usan insulina y que no la usan). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar su glucosa en la sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para la glucosa en la sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. o Los únicos monitores de glucosa en la 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 suministro de 30 días) o Todos los suministros de monitoreo continuo de glucosa requieren autorización previa. La única marca cubierta son los productos FREESTYLE LIBRE® fabricados por Abbott Diabetes Care, Inc. o Las marcas alternativas de suministros para el monitoreo de la diabetes requieren autorización previa que demuestre la necesidad médica. o La cobertura se limita a un medidor o monitoreo continuo de glucosa cada 365 días.	Usted paga un copago de $0 por los suministros para el monitoreo de la diabetes. Usted paga un coseguro de 20% por los zapatos terapéuticos, las plantillas y los aparatos ortopédicos. Usted paga un copago de $0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes. Los suministros para el monitoreo de la diabetes, las ortesis para los pies y los zapatos terapéuticos, las plantillas y los aparatos ortopédicos requieren autorización previa.

• Para personas con diabetes que tienen enfermedad grave del pie diabético: un par por año calendario de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluidas las plantillas que se proporcionan con dichos zapatos) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas que se proporcionan con dichos zapatos), incluido el ajuste. • Capacitación para el autocontrol de la diabetes bajo ciertas condiciones.	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital que un proveedor ordena para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME médicamente necesario que cubre Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.prominencemedicare.com Por lo general, *Prominence Veteran HMO* cubre cualquier DME 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 usted es nuevo en *Prominence Veteran HMO* y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, seguiremos cubriendo esa	*Usted paga un coseguro de 20% del costo total.* Su costo compartido por la cobertura de Medicare de equipo de oxígeno es de *$0* cada *mes.* Su costo compartido no cambiará después de que usted haya estado inscrito durante 36 meses. Se requiere autorización previa para todos los artículos de DME con un precio de compra superior a $1,000 o a $75 por mes, si son alquilados.

marca para usted por hasta 90 días. Durante este tiempo, usted debe hablar 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 pedirle que lo remita para una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuado para su afección médica. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 7).	
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son: • Prestados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia • Necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente sin formación especializada con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que usted reciba fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. **<u>Atención de emergencia en todo el mundo*</u>**	Usted paga un copago de $130 por visita al centro de emergencias. No se le exige pagar el copago de la sala de emergencias si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado por la misma afección dentro de los 3 días posteriores a una visita a la sala de emergencias. Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, el plan debe autorizar su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Sin embargo, una vez que haya pasado la emergencia, esperamos que usted regrese a los proveedores dentro de la red para

Se brinda cobertura para la atención de emergencia recibida en todo el mundo. (“En todo el mundo” se refiere a la atención de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos y sus territorios)	recibir atención continua. Atención de emergencia en todo el mundo Usted paga un copago de $130 por visita. Se aplica un monto máximo anual de cobertura de $25,000 para los servicios de emergencia y las visitas de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Esto no incluye los procedimientos planificados. No se le exige pagar el copago de la sala de emergencias si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado.
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su PCP para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. **Exámenes de audición de rutina** **Audífonos** Nuestro plan paga hasta una asignación máxima cada año para la compra de un audífono. El gasto de bolsillo del miembro por audífono varía según el nivel de tecnología seleccionado. Los miembros deben comprar los audífonos a TruHearing La compra de audífonos incluye: • Examen de audición anual sin cargo • Garantía integral de 3 años, que incluye	Usted paga un copago de $10 por los exámenes auditivos de diagnóstico. Usted paga un copago de $0 por los exámenes de audición de rutina. Usted paga un copago de $0 por la adaptación y evaluación de audífonos. Asignación máxima de $600 por oído por año. El gasto de bolsillo del miembro por audífono varía según el nivel de tecnología que el miembro seleccione. El copago del nivel 1 de tecnología es de $0 y el copago máximo es de $1,725. Las citas deben programarse a través de TruHearing.

cobertura por pérdida, daño y reparación • Suministro de baterías para 2 años, hasta 64 celdas por audífono por año • Período de evaluación de 60 días • Seguimiento de servicio de 1 año sin cargo con el proveedor original • Servicios profesionales, que incluyen pruebas, ajuste, programación y soporte	
Examen de detección de VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos: • Un examen de detección cada 12 meses. Si usted está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes de detección durante un embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo de VIH cubierto por Medicare.
Comidas entregadas a domicilio Inmediatamente después de una cirugía o de una hospitalización. Usted puede calificar para recibir hasta 42 comidas entregadas en su domicilio durante un período de 14 días, según su necesidad.	Usted paga un copago de $0. *Los servicios requieren autorización previa.*
Atención de una agencia de atención médica en el hogar Antes de que usted reciba servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que usted los necesita y ordenará que una agencia de atención médica en el hogar los preste. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa representa un gran esfuerzo.	Copago de $0 *Se requiere autorización previa.*

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica en el hogar de tiempo parcial o intermitentes (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención de nuestro plan • Capacitación y educación del paciente no cubiertas de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y de medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar	Copago de $0 *Se requiere autorización previa.*

Atención de hospicio

Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que nosotros poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Medicamentos para el control de síntomas y el alivio del dolor
- Atención de relevo a corto plazo
- Atención en el hogar

Cuando usted es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del plan.

Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (y no nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y por cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal.. Mientras usted esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original paga. A usted se le facturará el costo compartido de Medicare Original.

Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si usted necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por la

Cuando usted se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Medicare Original, no *Prominence Veteran HMO*.

Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, lo que usted paga por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si se requiere autorización previa). • Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para recibir el servicio, usted paga solo el monto de costo compartido de nuestro plan por los servicios dentro de la red • Si usted recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido de Medicare Original **Para los servicios cubiertos por *Prominence Veteran HMO* pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** *Prominence Veteran HMO* seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Nota:** Si usted necesita atención que no es de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza, en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si usted nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.

• Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas si usted está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare	
Evaluaciones de seguridad en el hogar Una evaluación de seguridad en el hogar para identificar o eliminar posibles peligros. Las evaluaciones deben ser recetadas por un proveedor y serán realizadas por un proveedor de atención médica en el hogar aprobado.	Usted paga un copago de $0 por una evaluación de seguridad en el hogar al año. *Se requiere autorización del plan.*
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye atención aguda para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de que le den el alta es su último día de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla y lenguaje • Servicios hospitalarios por abuso de sustancias • Bajo ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón y páncreas, de corazón, de	Hospitales de nivel 1: Usted paga un copago de $350 por día durante los días 1-6 Usted paga un copago de $0 por día durante los días 7-90. Hospitales de nivel 2: Usted paga un copago de $425 por día durante los días 1-6. Usted paga un copago de $0 por día durante los días 7-90. Para cada hospitalización, usted tiene cobertura por períodos de beneficios específicos. Cada estadía en el hospital se administra y se cubre de acuerdo con las reglas del plan y será congruente con los copagos de una estadía 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

hígado, de pulmón, de corazón y pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, coordinaremos que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Si *Prominence Veteran HMO* ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de trasplantes de su comunidad y usted elige recibir el trasplante en ese lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.

- Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empacados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta.
- Servicios de médicos

Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe emitir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, pregunte 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.

adicionales de reserva de por vida. Se otorgan 90 días por cada período de beneficios, pero los 60 días de reserva de por vida solo se pueden usar una vez durante la vida del beneficiario.

No hay límite en el número de períodos de beneficios. Se cobra costo compartido por cada hospitalización.

Si usted recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.

Los servicios requieren autorización previa.

Servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en el hospital. También es posible que usted sea elegible para usar los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare (se usan si una hospitalización por servicios de salud mental dura más de 90 días por período de beneficios). Para las estadías de atención de salud mental para pacientes internados, su médico debe notificar al plan cuando usted sea admitido. • Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios hospitalarios en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Servicios hospitalarios por abuso de sustancias	Usted paga un copago de $330 por día, los días 1 a 5. Usted paga $0 por día, los días 6 a 90, por estadías de salud mental para pacientes internados. Para las estadías de atención de salud mental para pacientes internados, su médico debe notificar al plan cuando usted sea admitido. Por el uso de los días de reserva de por vida cubiertos por Medicare (se usan si una hospitalización por servicios de salud mental dura más de 90 días por período de beneficios), usted paga un copago de $0 por día, los días 91 a 95; $0 por día, los días 96 a 190, que incluyen los 40 días adicionales de reserva de por vida. Medicare cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días psiquiátricos adicionales se ofrecen una vez durante la vida del beneficiario. No se puede hacer el pago por más de un total de 90 días de atención psiquiátrica hospitalaria en un hospital psiquiátrico independiente durante la vida del paciente. *Los servicios requieren autorización previa.*

Hospitalización: servicios cubiertos que usted recibe en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si usted 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 usted reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografías, terapia con radio e isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o todo o parte de la función de un órgano interno del cuerpo que está permanentemente inoperante o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos requeridos por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional	Los servicios enumerados seguirán estando cubiertos con 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 aplicable donde se presta el servicio específico. Consulte los servicios de Hospital para Pacientes Internados y Centros de Enfermería Especializada (SNF) para conocer el costo compartido y los períodos de beneficios.
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (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 los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que usted reciba servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año a partir de entonces. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que usted pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si su tratamiento es necesario en el siguiente año calendario.	
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles en todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que ofrece capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos y 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 reciben 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 se infunden mientras usted recibe servicios de un médico, de un hospital ambulatorio o de un centro de cirugía ambulatoria • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria)	Usted paga el 20% del costo total de los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B. Usted paga el 20% del costo de los demás medicamentos de la Parte B. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de copago de $35 por un suministro de insulina de un mes, y los deducibles de la categoría de servicio o del nivel del plan no se aplican.

• Otros medicamentos que usted toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos del medicamento, es posible que usted necesite estudios de imágenes y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre los estudios de imágenes y las pruebas que podría necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted se administra mediante inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órgano. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto, y debe tener la Parte B en el momento en que reciba 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 usted está confinado en su hogar, tiene una fractura de hueso que un médico certifica que estuvo 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 apropiada • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por la boca 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 ingrediente	*Se requiere autorización previa, incluida la terapia escalonada, para todos los medicamentos de la Parte B con un costo superior a $100.*

activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, los cubre la Parte D.

- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen de quimioterapia contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se usan como reemplazo terapéutico completo de un 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 aglutinantes de fosfato bajo el sistema de pago de la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®
- Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y los anestésicos tópicos
- Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones. (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar 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 escalonada: https://prominencemedicare.com/get-

care/prescription-drugs-part-d/prescription-forms-and-resources/ También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos de la Parte B.	
Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección de obesidad y la terapia preventivas.
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 de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA) • Dispensación y administración de los medicamentos del MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Copago de $10 por los servicios del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico	Usted paga un copago de $0 por pruebas y procedimientos de diagnóstico. Usted paga un copago de $0 por servicios de laboratorio.

• Suministros quirúrgicos, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empacados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta utilizada. • Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	Usted paga un copago de $60 por servicios de radiología diagnóstica (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas). Usted paga un copago de $0 por radiografías ambulatorias. Usted paga un copago de $0 por servicios de sangre. Usted paga un coseguro del 20% por servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer). *Los servicios pueden requerir autorización previa.*
Observación en el hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se prestan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o si se le puede dar de alta. Para que los servicios de observación en el hospital para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se prestan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y por los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque usted pase la	Usted paga un copago de $295 por estadía. *Los servicios requieren autorización previa*

noche en el hospital, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregunte 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 el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • 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 sin ella se requeriría tratamiento hospitalario • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede administrarse por sí mismo **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de los servicios hospitalarios ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro	Usted paga un copago de $350 por servicios hospitalarios ambulatorios. Usted paga $295 por todos los servicios recibidos durante la atención en observación. Monto mínimo de copago de $25 por el tratamiento de heridas en el consultorio de un proveedor, en un centro de servicios ambulatorios y en centros de tratamiento de heridas contratados. *Se requiere autorización previa para los servicios ambulatorios, los servicios de observación y los servicios del centro de cirugía ambulatoria.*

de si es un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	
Atención de salud mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico (CSW), un especialista en enfermería clínica (CNS), un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), un enfermero practicante (NP), un 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 $10 por visita de terapia individual y grupal. *Puede requerirse autorización previa.*
Servicios de rehabilitación ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatoria se prestan en varios entornos ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF).	Copago de $10 por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de $10 por cada visita de fisioterapia y terapia del habla cubierta por Medicare. *Se requiere autorización previa para más de 12 visitas al año*
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias Servicios ambulatorios de tratamiento por abuso de sustancias que se prestan en el departamento ambulatorio de un hospital o en un centro ambulatorio a pacientes: • Que han recibido el alta de una hospitalización para el tratamiento del abuso de drogas; o • Que requieren tratamiento pero no requieren la disponibilidad ni la intensidad de los	Usted paga un copago de $10 por visita de terapia individual y grupal *Los servicios ambulatorios por abuso de sustancias prestados en un centro requieren autorización previa* *Los servicios pueden requerir autorización previa.*

servicios que solo se encuentran en el entorno hospitalario para pacientes internados	
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria **Nota:** Si le van a hacer una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido de la cirugía ambulatoria. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aún se le considere un paciente ambulatorio.	Usted paga un copago de $25 por cirugía en un centro de cirugía ambulatoria. Usted paga un copago de $350 por otros servicios hospitalarios 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 que se presta como servicio hospitalario ambulatorio o a través de un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que usted recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización. *El servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento de terapia de salud conductual (mental) activa que se presta en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención que usted recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Usted paga un copago de $55 por los servicios de hospitalización parcial. Usted paga un copago de $55 por los servicios ambulatorios intensivos. *Los servicios pueden requerir autorización previa.*
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico	Usted paga un copago de $0 por los servicios de médico de

Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios que usted recibe en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento ambulatorio de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico los ordena para determinar si usted necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de médico de atención primaria y las sesiones individuales para servicios de especialidad en salud mental o Usted tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita en persona o por telesalud. Si elige recibir uno 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, incluidos 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 las visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros en diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de	atención primaria. Usted paga un copago de $0 por servicios de reumatología. Usted paga un copago de $45 por visita por todos los demás servicios de especialistas. Usted paga un copago de $0 por los servicios de telesalud *Los servicios de especialistas pueden requerir autorización previa y remisiones.*

acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, sin importar dónde se encuentre usted
- Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, sin importar dónde se encuentren
- Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental
    - Usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud
    - Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud
    - Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias
- Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados a Nivel Federal
- Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) de 5 a 10 minutos con su médico **si**:
    - Usted no es un paciente nuevo **y**
    - La consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**
    - La consulta no resulta en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible más próxima
- Evaluación de videos y/o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si**:
    - Usted no es un paciente nuevo **y**
    - La evaluación no está relacionada con

una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no resulta en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la cita disponible más próxima • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o registro electrónico de salud • Segunda opinión *de otro proveedor de la red* antes de una cirugía • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad de cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico)	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Usted paga un copago de $5 por los servicios de podología cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de $20 por servicios de podología de rutina (límite de 12 visitas por año). *Los servicios pueden requerir autorización previa.*
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento de PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si usted recibe un	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

medicamento inyectable, también cubrimos el cargo por inyectar el medicamento. • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento del tratamiento con medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	
Acceso a Prominence Fitness y gimnasios Prominence Medicare Advantage ofrece a los miembros acceso a una red de centros de acondicionamiento físico y gimnasios en nuestras áreas de servicio. Obtenga más información en ProminenceMedicare.com/living-healthy. Para obtener más información sobre cómo inscribirse en este beneficio, comuníquese con Servicios para Miembros. Al usar el Beneficio de Acondicionamiento Físico, usted da su consentimiento para que se comparta información con los socios y proveedores de nuestra red de centros de acondicionamiento físico/gimnasios. Los centros y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios	Copago de $0
Exámenes de detección del cáncer de próstata Para 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 anual de PSA.
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan, total o parcialmente, una parte del cuerpo o su función. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o	Usted paga un coseguro del 20%. *Se requiere autorización previa para todas las prótesis/suministros médicos con*

capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortésicos. También incluye cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas: consulte *Cuidado de la visión* más adelante en este cuadro para obtener más detalles.	*un precio de compra superior a $1000 o $75 por mes, si se alquilan.*
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga un copago de $10 por visita. *Los servicios pueden requerir autorización previa.*
Tecnología de acceso remoto Acceso a servicios de tecnología remota que ayudan a los miembros a monitorear sus necesidades de salud y bienestar desde su hogar. No cubierto	No cubierto.
Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos una prueba de detección del consumo indebido de alcohol para adultos (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol de manera indebida pero que no son dependientes del alcohol. Si el resultado de su detección es positivo para el consumo indebido de alcohol, usted puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento cara a cara por año (si usted está en pleno uso de sus facultades y	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubierto por Medicare.

alerta durante el asesoramiento), prestadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.	
Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que califican, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de consumo de tabaco de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para la detección del cáncer de pulmón que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que es prestada por un médico o un profesional no médico calificado. *Para las exploraciones de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores a la exploración inicial con LDCT:* los miembros deben obtener una orden para la exploración de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede emitirse durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado decide ofrecer una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida sobre las exploraciones de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT.
Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado la ordena y usted cumple con una de estas condiciones:	No hay coseguro, copago ni deducible para la detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.

• Usted tiene un riesgo alto porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965. Si usted nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, cubrimos una detección una sola vez. Si usted tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha seguido usando drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de la hepatitis C con resultado negativo), cubrimos detecciones anuales.	
Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenir las STI Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una STI cuando las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad, cara a cara, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si las presta un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de STI y asesoramiento sobre STI cubierto por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades de los riñones Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con	Usted paga el 20% del costo total de la diálisis renal Usted paga un copago de $0 por los servicios de educación sobre la enfermedad renal

enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando su médico los remita, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis ambulatoria (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no es accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si usted es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipo y suministros para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y el 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 este cuadro**.**	*Los servicios pueden requerir autorización previa.*
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 10. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesario)	Usted paga un copago de $10 por día durante los días 1-20. Usted paga un copago de $221 por día por los días 21 a 100. Usted paga el 100% del costo total por los días 101 en adelante de cada período de beneficios elegible. Los copagos de los beneficios de hospital y de centro de enfermería especializada (SNF) se

- Comidas, incluidas las dietas especiales
- Servicios de enfermería especializada
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla
- Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre).
- Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y de glóbulos rojos empacados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted necesite: usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona done la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta utilizada.
- Suministros médicos y quirúrgicos que ordinariamente proporcionan los SNF
- Pruebas de laboratorio que ordinariamente proporcionan los SNF
- Radiografías y otros servicios de radiología que ordinariamente proporcionan los SNF
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que ordinariamente proporcionan los SNF
- Servicios de médicos/profesionales

Por lo general, usted recibe la atención en un SNF de centros de la red. Bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que usted pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.

- Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro con atención continua donde usted vivía justo antes de ir al hospital (siempre que preste atención de un centro de enfermería especializada)
- Un SNF donde viva su cónyuge o pareja de hecho en el momento en que usted salga del hospital

basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que usted es admitido como paciente internado y termina cuando usted no ha recibido atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si usted ingresa a un hospital o a un SNF después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.

Los servicios requieren autorización previa.

Programas para dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco • Están en pleno uso de sus facultades y alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare presta el asesoramiento Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que incluyan un programa de entrenamiento de ejercicio terapéutico para la PAD en pacientes con claudicación • Realizarse en un entorno ambulatorio de un hospital o en el consultorio de un médico • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico (PA) o un enfermero practicante (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) que	Usted paga un copago de $10 por visita. *Los servicios pueden requerir autorización previa.*

debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado La SET puede cubrirse más allá de 36 sesiones durante 12 semanas, por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Transporte El transporte está cubierto a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan. Incluye taxis, servicios de viajes compartidos, camionetas y transportes médicos. Programe los transportes con 72 horas de anticipación.	24 viajes por año. Pueden aplicarse límites de millaje. *Se requiere autorización previa*
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, aun cuando se encuentre dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dados su tiempo, lugar y 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 existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias a proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, aun cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.	Usted paga un copago de $30 por visita. No está obligado a pagar el copago de atención de urgencia si lo ingresan en el hospital como paciente hospitalizado por la misma afección dentro de los 3 días posteriores a una visita de atención de urgencia. <u>Servicios de urgencia – Cobertura en todo el mundo</u> Usted paga un copago de $30 por visita. Se aplica un monto máximo anual de cobertura de $25,000 para los servicios de emergencia y las visitas de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Esto no incluye los procedimientos planificados. No está obligado a pagar el copago de atención de urgencia si lo ingresan en el hospital como

	paciente hospitalizado por la misma afección dentro de los 3 días. Sin embargo, una vez que haya pasado la situación de urgencia, esperamos que regrese a los proveedores dentro de la red para recibir atención continua.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen alto riesgo de glaucoma, cubrimos un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen a las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. Si usted tiene 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía. • Otros lentes de contacto médicamente necesarios pueden estar cubiertos. **Atención de la vista de rutina***	Usted paga un copago de $30 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 al año cubierto por Medicare. Usted paga un copago de $0 por un examen de detección de retinopatía diabética al año. Usted paga un copago de $0 por anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas Atención de la vista de rutina* Usted paga un copago de $0 por un examen de la vista de rutina (hasta uno cada año). Usted paga un copago de $0 por un examen de la retina.

• Usted tiene una asignación de $200.00 cada año para anteojos (armazones y lentes) o un par de lentes de contacto. • Debe utilizar la red de optometristas y minoristas de National Vision Administrators (NVA).	
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" Nuestro plan cubre la visita preventiva única de *Bienvenido a Medicare*. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y orientación sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidos ciertos exámenes de detección e inyecciones (y vacunas)), y remisiones para otra atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses en que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de *Bienvenido a Medicare*.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de *Bienvenido a Medicare*.

Para garantizar que los beneficios suplementarios se proporcionen de manera adecuada, 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 pueden calificar los miembros con determinadas afecciones de salud. Una evaluación clínica nos permitirá confirmar que el miembro califica, o sigue calificando, para el beneficio. Para dar tiempo suficiente para completar la evaluación, los miembros deben responder a la comunicación del plan de salud o comunicarse con el plan por su cuenta a más tardar el 30 de junio de 2027, de modo que se pueda programar una evaluación en cualquier momento del año.

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

SECCIÓN 3 Servicios que nuestro plan no cubre (exclusiones)

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

El cuadro a continuación enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si usted recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto bajo las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Aun si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y, mediante la apelación, se decide que es un servicio médico que debimos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 7, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo ciertas circunstancias
Cirugía o procedimientos cosméticos	Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo malformada Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para el seno no afectado, a fin de lograr una apariencia simétrica
Cuidado de custodia El cuidado de custodia es el 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 médicos y quirúrgicos, equipo y medicamentos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no	Pueden estar cubiertos por Medicare Original en el marco de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
son generalmente aceptados por la comunidad médica	
Honorarios cobrados por la atención prestada por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo ninguna condición
Comidas entregadas a domicilio	Inmediatamente después de una hospitalización y de una cirugía
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda doméstica básica, como limpieza ligera del hogar o preparación ligera de comidas	No cubierto bajo ninguna condición
Servicios de naturopatía (utiliza tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo ninguna condición
Atención dental que no es de rutina	La atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención hospitalaria o ambulatoria
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad del pie diabético
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubierto bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Cubierta solo cuando es médicamente necesaria
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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	Consulte los beneficios en el Capítulo 4 para obtener más detalles
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión	Se cubre un par de anteojos con armazones estándar (o un juego de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas que implanta un lente intraocular. Para la atención de la vista de rutina, consulte el Capítulo 4 para obtener más detalles
Cuidado de rutina de los pies	Cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes) (límite de 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 que se consideran no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	No cubierto bajo ninguna condición

CAPÍTULO 5:
Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que usted debe pedirnos que paguemos nuestra parte de los servicios cubiertos

A veces, cuando usted recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, puede darse cuenta de que paga más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (que le reembolse). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado más de su parte del costo de los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que usted deba cumplir para que se le devuelva el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en que usted reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero, trate de 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, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene un contrato con el plan, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que usted podría necesitar pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que recibió:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, usted puede obtener servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme parte o no de nuestra red. En estos casos,

- Usted es responsable de pagar solamente su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están obligados por ley a proporcionar atención de emergencia.

- Si usted paga el monto total por su cuenta en el momento de recibir la atención, pídanos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que usted reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya hecho.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
    - Si usted ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le devolveremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle a usted solamente su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de su parte.

- Usted solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamados **facturación del saldo**. Esta protección (que usted nunca paga más que su monto de costo compartido) se aplica incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio y aun si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que usted reciba una factura de un proveedor de la red que cree que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho y pídanos que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía bajo nuestro plan.

3. Si se inscribió en nuestro plan de forma retroactiva

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 incluso puede haber ocurrido el año pasado).

Si se le inscribió con carácter retroactivo en nuestro plan y pagó de su bolsillo por servicios cubiertos después de la fecha de su inscripción, puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentos, como recibos y facturas, para que podamos gestionar el reembolso.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Usted puede pedirnos que le devolvamos el dinero llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos para sus registros. **Usted debe presentarnos su reclamación dentro de los *90 días*** posteriores a la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de darnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para presentar su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero esto 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 pida el formulario.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos pagados a esta dirección:

Servicios médicos
Prominence Health Plan
1510 Meadow Wood Lane
Reno, NV 89502

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

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

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó por el servicio, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado por el servicio, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta, o que usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta que explique los motivos por los que no enviamos el pago y sus derechos a apelar esa decisión.

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

Si usted cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para conocer los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 7.

CAPÍTULO 6:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que le resulte útil y que sea congruente con su sensibilidad cultural (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o con 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, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono con teletipo).

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

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

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

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar a un especialista de la red, llame a Servicios para Miembros para presentar un reclamo formal. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante 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 cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para que le preste y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención.

Si usted cree que no está recibiendo su atención médica dentro de un plazo razonable, el Capítulo 7 le explica qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus expedientes médicos y de su información personal de salud. Nosotros protegemos su información personal de salud según lo exigen estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos dio cuando se inscribió en este plan, así como sus expedientes médicos y otra información médica y de salud.
    - Usted tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se usa su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito, llamado *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que explica estos derechos y 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 expedientes.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a alguien que no está brindando su atención ni

pagando por ella, *primero debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien usted haya dado poder legal para tomar decisiones por usted.*

- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
    - Tenemos la obligación de divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
    - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a darle a Medicare su información de salud. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales; por lo general, esto exige que no se comparta la información que lo identifica de manera exclusiva.

Usted puede ver la información de sus expedientes y saber cómo se ha compartido con otras personas

Usted tiene derecho a consultar sus expedientes médicos que tiene nuestro plan y a obtener una copia de ellos. Podemos cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información a sus expedientes médicos o que los corrijamos. Si nos pide que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si deben hacerse los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para fines que no sean de rutina.

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

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

Como miembro de *Prominence Veteran HMO*, usted tiene derecho a recibir de nosotros varios tipos de información.

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 nuestros proveedores de la red. Usted tiene el** derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.

- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usarla.** Los Capítulos 3 y 4 ofrecen información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 ofrece información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico no está cubierto o de si su cobertura tiene restricciones. El Capítulo 7 también ofrece información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

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

Usted tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda entender*.

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

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar cuánto cuesten ni si están cubiertas por nuestro plan.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención o tratamiento médico propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro centro médico, aunque su médico le aconseje no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento, acepta total responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por su cuenta

A veces las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Llenar un formulario por escrito para darle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez queda incapacitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que manejen su atención médica si queda incapacitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Documentos como un **testamento vital** y un **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo preparar una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de artículos de oficina. A veces puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que dan información a las personas sobre Medicare.
- **Llene el formulario y fírmelo.** Sin importar dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere pedirle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Dé copias del formulario a las personas indicadas.** Dé una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario para que pueda tomar decisiones por usted si usted no puede. Tal vez quiera dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su casa.

Si sabe de antemano que lo van a hospitalizar y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital**.

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

Llenar una directiva anticipada es decisión suya (incluida la decisión de firmar o no una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

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

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita pedir cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le explica qué puede hacer. Haga lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja),**estamos obligados a tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando de manera injusta o que no se están respetando sus derechos

Si cree que lo han tratado de manera injusta o que no se han respetado sus derechos por motivo de su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o país de origen, 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 cree que lo han tratado de manera injusta o que no se han respetado sus derechos, *y* esto *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene 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 obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a 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 obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **Comuníquese con Medicare**
    - 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 enumeran las cosas que usted debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para recibirlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura para conocer qué está* cubierto y las reglas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan detalles sobre los servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud además de nuestro plan, o una cobertura de medicamentos recetados por separado, está obligado a informárnoslo.** El Capítulo 1 le explica cómo se coordinan estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica.
- **Ayude a sus médicos y a otros proveedores a ayudarle dándoles información, haciendo preguntas y dando seguimiento a su atención.**
    - Para ayudarle a recibir la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
    - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas y de obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Por algunos de sus servicios médicos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio.

- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**

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

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

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

Medicare ha aprobado ambos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

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

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos no son conocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo usa palabras más conocidas 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 la información correctas, incluimos estos términos legales cuando damos detalles sobre cómo manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Aunque tenga una queja sobre la manera en que lo tratamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. 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, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe usar para manejar un problema que tenga. También pueden responder preguntas, darle más información y ofrecerle orientación sobre lo que debe hacer.

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

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

SECCIÓN 3 Qué proceso usar para su problema

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

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

Sí.

Vaya a la **Sección** 4, Guía de decisiones de cobertura y apelaciones.

No.

Consulte **la Sección 9, 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 4 Una guía sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas sobre sus beneficios y su cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Puede usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos como si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Cómo pedir decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedir una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud se incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que explicaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo pedir una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos 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.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que usted reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. Bajo ciertas circunstancias, puede pedir una apelación acelerada o **rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos las reglas correctamente. Cuando terminemos la revisión, le daremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud se incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted pide que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que explicaremos por qué se desestimó la solicitud y cómo pedir una revisión de la desestimación.

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 de atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se tratan 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 con niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

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

Estos son los recursos disponibles si decide pedir 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 sobre Seguros de Salud
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación después del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario de *Nombramiento de Representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf
    - Para la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su representante para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si desea que un amigo, un 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 pida el formulario de *Nombramiento de Representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Este formulario da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
    - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta recibirlo. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos un aviso por escrito en el que explicaremos su derecho a pedir a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado a través de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Hay grupos que le darán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para pedir ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Hay 4 situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Damos los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 5**: Atención médica: cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6**: Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada si usted cree que le están dando el alta demasiado pronto
- **Sección 7**: Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura terminará demasiado pronto (se aplica solo a estos *servicios:* atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF))

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

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

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

Esta sección explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quiere darle, y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero dijimos que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, y desea pedirle a nuestro plan que le reembolse por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos anteriormente se reducirá o se suspenderá, y usted cree que reducir o suspender esta atención podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 6 y 7. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo pedir 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: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

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

- Usted solo puede *pedir* cobertura para artículos y servicios de atención médica (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- 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 sus funciones.

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

Si usted pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explica que usaremos los plazos estándar.
- Explica que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
- Explica que usted puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que pidió.

Paso 2: Pida 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 hacer su solicitud de que autoricemos o proporcionemos cobertura de 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, usamos los plazos estándar.

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

- **Sin embargo,** si usted 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

informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

- Si usted cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápidas, usamos un plazo acelerado.

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

- **Sin embargo,** si usted 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 informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si usted cree que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué dijimos que no.

Paso 4: Si decimos que no a su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede apelar.

- Si decimos que no, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a pedir que se le otorgue la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación ante 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: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se resuelve en un plazo de 30 días calendario, o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se resuelve en un plazo de 72 horas.

- Si usted está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted y/o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 5.2.

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

- **Si usted solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si usted solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos por teléfono.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para ello, explique el motivo por el cual su apelación es tardía cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Se nos permite 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 seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Reuniremos más información si es necesario y podemos comunicarnos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si usted solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **nosotros podemos tomar hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período extendido si nos tomamos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a la totalidad de lo que usted 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 nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es de un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
    - Si usted 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 informaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
    - Si usted cree que no debemos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 para obtener información sobre las quejas).

- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o a la totalidad de lo que usted 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 dice que no a una parte o a la totalidad de su apelación,** 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.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

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

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. 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 su **expediente del caso.. Usted tiene derecho a pedirnos una copia de su expediente del caso**.. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- Usted 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 usted tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la apelación rápida, 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 reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. Si toman días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si usted tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario más**. Si toman días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional 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.

- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica dentro de las **72 horas** o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a una parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B 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 en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

- **Si esta organización dice que no a una parte o a la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que** su solicitud (o una parte de su solicitud) de cobertura de atención 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.
    - Le 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. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Le indica cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea llevar su apelación al siguiente nivel

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si usted nos solicita que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que usted deba solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si usted nos envía la documentación para solicitar un reembolso, nos está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó está cubierta. También verificaremos si usted siguió las reglas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud**: Si la atención médica está cubierta y usted siguió las reglas, le enviaremos el pago de la parte del costo que nos corresponde, generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si usted no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que indica que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos pide que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones de la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

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

SECCIÓN 6 Cómo pedirnos que cubramos una hospitalización más prolongada si usted cree que le están dando el alta demasiado pronto

Cuando usted es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de salir.

- El día en que sale del hospital se denomina su **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.

- Si cree que le piden que salga del hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía hospitalaria más prolongada, y su solicitud será considerada.

Sección 7.1 Durante su estadía como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos

Dentro de los 2 días calendario posteriores a su admisión en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si nadie en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) se lo entrega, pídaselo 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 con atención y haga preguntas si no lo entiende.** Este aviso le informa sobre lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se retrase su fecha de alta, de modo que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso.
   - Firmar el aviso demuestra *solamente* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted 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 ver una copia de este aviso con anticipación, 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 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado por más tiempo, utilice el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso**
- **Cumpla los plazos**
- **Pida 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). También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para recibir 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 el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha de alta prevista es médicamente apropiada para usted. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que reciben pagos del gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital 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 del hospital. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un 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 el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento 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 por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
    - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta prevista, *es posible que tenga que pagar todos los costos de* la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta prevista.
- Una vez que usted solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Para el mediodía del día siguiente a aquel en que nos contacten, le entregaremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso indica su fecha de alta prevista y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que le den de alta en esa fecha.
- Puede obtener un ejemplo 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 un aviso de ejemplo en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Para el mediodía del día siguiente a aquel en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nuestra parte un aviso por escrito que indica su fecha de alta prevista. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que le den de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de contar con toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente dice *que sí,*, **debemos seguir brindándole sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si corresponden). Además, es posible que existan limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente dice *que no*, significa que su fecha de alta prevista es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente hospitalizado terminará** al mediodía del día *siguiente* a aquel en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente dice *que no* a 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 siguiente a aquel en que la Organización para el Mejoramiento 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 el Mejoramiento de la Calidad dijo *que no* a su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a examinar su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de su fecha de alta prevista.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Usted debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo *que no* a su apelación de Nivel 1. Usted puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a examinar con detenimiento 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 informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente dice que sí:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando cobertura para su atención hospitalaria mientras sea médicamente necesaria.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente dice que no:

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

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted cree que su cobertura terminará demasiado pronto

Cuando reciba **servicios de atención médica en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios) cubiertos**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es el momento de dejar de cubrir cualquiera de estos 3 tipos de atención para usted, estamos obligados a informárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que estamos poniendo fin a la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le explica cómo solicitar una apelación.

Sección 7.1 Le avisaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal:

Aviso de falta de cobertura de Medicare. Este aviso le explica cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida.** Solicitar una apelación de vía rápida es una manera formal y legal de pedir que se cambie nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de brindarle su atención.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informa lo siguiente:

   - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación de vía rápida para pedirnos que sigamos cubriendo su atención por un período más prolongado.

2. **A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió. Firmar el aviso** demuestra *solamente que usted recibió la información* sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo <u>no</u>**

significa que usted está de acuerdo con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

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

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida 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). También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para recibir 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 el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que reciben pagos del gobierno federal para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir 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 el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación de vía rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de falta -de 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 el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** que figura en el *Aviso de falta de cobertura de Medicare*.

- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún conserva sus derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad usando la información de contacto que figura en el *Aviso de falta de cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la falta de cobertura. Aviso que da detalles sobre las razones para poner fin a la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que la cobertura de los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les proporcione.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de la falta de cobertura* que explica en detalle nuestras razones para poner fin a nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de contar con toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores dicen *que sí* a su apelación, entonces **debemos seguir brindándole sus servicios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o los copagos, si corresponden). Es posible que existan limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen *que no*, entonces **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que termina 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 dicen *que no* a su apelación de Nivel 1 – y usted decide seguir recibiendo atención después de que haya terminado su cobertura de esa atención – entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

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

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a examinar la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después de* la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese de nuevo con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dijo *que no* a su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a examinar con detenimiento 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 informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar brindando cobertura** de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted debe decidir si desea llevar su apelación a un nivel superior.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

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

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. A continuación se indica quién se encarga de revisar 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 de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice que sí a su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a que recibamos 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 los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice que no a su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado**.
    - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
    - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso 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, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado.** A diferencia de una decisión en el Nivel 2, nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. 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 que recibamos la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.

- **Si la respuesta es no, o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber terminado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá *que sí* o *que no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Cómo presentar quejas

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

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

El proceso de quejas se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas.. Esto incluye 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 se manejan mediante 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)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

Queja	Ejemplo
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con nuestro departamento de Servicios para Miembros? • ¿Siente que se le está alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene dificultades para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para obtenerla? • ¿Los médicos, los farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado? ¿O lo ha hecho esperar demasiado nuestro departamento de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? o Algunos ejemplos son esperar demasiado por teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le entregamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Oportunidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la *oportunidad* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si usted solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no estamos respondiendo con la rapidez suficiente, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Usted nos pidió una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, y dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrirle o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo formal**.

Presentar una queja se denomina **presentar un reclamo formal**.

Utilizar el proceso de quejas se denomina **utilizar el proceso para presentar un reclamo formal**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que ocurrió el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o de una apelación rápida, le daremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o si no asumimos la responsabilidad por el problema del que se queja, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 9.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad**. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica que reciben pagos del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 incluye la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 9.4 También puede informarle a Medicare sobre su queja

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

CAPÍTULO 8:
Cómo terminar su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en *Prominence Veteran HMO* puede ser **voluntario** (por decisión propia) o **involuntario** (no por decisión propia):

- Es posible que deje nuestro plan porque usted decide que *desea* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo terminar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionando su atención médica y usted seguirá pagando su parte del costo hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta

Usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Abierta** de cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El Período de Inscripción Abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
    - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado, o
    - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** de cada año.

- **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y, para las personas que se inscriben por primera vez en Medicare y eligen un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del 3.er mes de ese derecho.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** usted puede:
    - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
    - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare por separado al mismo tiempo.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes siguiente a aquel en que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente, o en que recibamos su solicitud para cambiarse a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a aquel en que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, los miembros de *Prominence Veteran HMO* pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial**.

Es posible que usted sea elegible para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si se aplica cualquiera de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para ver la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid

- Si incumplimos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible 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 es elegible para terminar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir:

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

Su membresía por lo general terminará el primer día del mes siguiente a aquel en que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede terminar su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo terminar su membresía, puede:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare y usted 2027***
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo terminar su membresía en nuestro plan

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

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en *Prominence Veteran HMO* cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en *Prominence Veteran HMO* cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visite nuestro sitio web para cancelarla 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 pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en *Prominence Veteran HMO* cuando comience su cobertura de Medicare Original.

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

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

- **Siga usando a los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Si está hospitalizado el día en que termina su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 *Prominence Veteran HMO* debe terminar su membresía en el plan en ciertas situaciones

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

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare

- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicio por 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 viaja está dentro del área de nuestro plan
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano ni nacional de los Estados Unidos, ni un no ciudadano elegible
- Si nos da información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare.)
- Si se comporta continuamente de manera perturbadora y dificulta que le brindemos atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare.)
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare.)
    - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare puede hacer que el Inspector General investigue su caso.
    - Debemos notificarle por escrito que tiene 2 meses calendario para pagar la prima de nuestro plan antes de que terminemos su membresía.

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

Sección 5.1 Nosotros no podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Prominence Veteran HMO no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si siente que se le está pidiendo que deje 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 Usted tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos por los que la terminamos. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo formal o una queja sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

CAPÍTULO 9:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos creados conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aun cuando las leyes no estén incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

La discriminación es contraria a la ley

Prominence Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, estado de salud o sexo. Prominence Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, estado de salud o sexo.

Prominence Health Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
    - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

- No niega, limita ni condiciona la cobertura ni la prestación de beneficios por ningún factor relacionado con el estado de salud, incluidos la afección médica, incluyendo enfermedades tanto mentales como físicas, el historial de reclamaciones, la recepción de atención médica, el historial médico, la información genética, las pruebas de asegurabilidad, incluidas las afecciones que resulten de actos de violencia doméstica, o la discapacidad.

- No diseña el plan ni sus beneficios para desalentar de manera sustancial la inscripción de ciertas personas elegibles o de una persona inscrita que desarrolle enfermedad renal en etapa terminal mientras está inscrita, a quien no se le puede cancelar la inscripción por ese motivo.

- Prominence Health Plan también emite un Aviso de No Discriminación para sus planes MA a fin de garantizar que los inscritos no sean discriminados en la prestación de servicios de atención médica, de acuerdo con los beneficios cubiertos en su póliza, por motivos de raza, origen étnico, origen nacional, religión, género, edad, discapacidad mental o física, orientación sexual, información genética o fuente de pago.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros. Si cree que Prominence Health Plan no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo formal ante: Prominence Health Plan, 1510 Meadow Wood Lane, Reno, NV 89502, 855-969-5882, TTY/TDD: 711, o fax 775-770-9360.

Puede presentar un reclamo formal en persona, por correo o por fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo formal, nuestro departamento de Servicios para Miembros está disponible para ayudarle.

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

Oficina de Derechos Civiles, por vía 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 o por teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Sala 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, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, historial de reclamaciones, historial médico, información genética, pruebas de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen Planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluidos 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, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y norma que se aplique 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 información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llame a Servicios para Miembros al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una 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 cuando Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, *Prominence Veteran HMO*, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario conforme a las regulaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR, y las reglas establecidas en esta sección prevalecen sobre cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 10: Definiciones

Centro de cirugía ambulatoria – Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no excede las 24 horas.

Apelación – Una apelación es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de pago por servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender servicios que usted está recibiendo.

Facturación del saldo – Cuando un proveedor (como un médico u hospital) le cobra a un paciente más del monto de costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de *Prominence Veteran HMO*, usted solo tiene que pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le hagan **facturación del saldo** ni que de otra manera le cobren más del monto de costo compartido que nuestro plan indica que usted debe pagar.

Período de beneficios – La forma en que Medicare Original mide su uso de los servicios de hospital y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible hospitalario por cada período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – La agencia federal que administra Medicare.

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

Coseguro – Monto que es posible que se le exija pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de los servicios después de que usted pague los deducibles.

Queja - El nombre formal para presentar una queja es **presentar un reclamo formal**. El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si nuestro plan no cumple los plazos del proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) – Un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluidos 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 – Un monto que es posible que se le exija pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta ambulatoria en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido – El costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando se reciben servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier monto de deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exija cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exija cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

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

Cobertura acreditable de medicamentos recetados – Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado de custodia – El cuidado de custodia es el cuidado personal que se proporciona en un hogar de ancianos, un hospicio u otro tipo de centro cuando usted no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia, proporcionado por personas que no tienen habilidades o capacitación profesionales, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de

atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas se hacen a sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado de custodia.

Deducible – El monto que usted debe pagar por atención médica antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o **Cancelación de la inscripción** – El proceso de terminar su membresía en nuestro plan.

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

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

Equipo médico duradero (DME) – Cierto equipo médico que su médico ordena por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenados por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia – Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, sin conocimientos especializados, con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la pérdida de una función corporal o un deterioro grave de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

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

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación – Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional que haya seleccionado, explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que usted tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Ayuda Adicional – Un programa de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Reclamo formal - Un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. No incluye disputas sobre cobertura o pagos.

Auxiliar de atención médica en el hogar – Una persona que proporciona servicios que no requieren las habilidades de una enfermera o un terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Hospicio - Un beneficio que proporciona tratamiento especial a un miembro que 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 usted elige el hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede recibir todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Estadía hospitalaria como paciente hospitalizado – Una estadía en el hospital cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, es posible que todavía se le considere un paciente ambulatorio.

Período de Inscripción Inicial – Cuando usted es elegible por primera vez para Medicare, el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted 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 termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan para Necesidades Especiales Institucional (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 ciertos centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP Equivalentes a Institucionales (IE-SNP), SNP Institucionales Híbridos (HI-SNP) y SNP Institucionales Basados en Centros (FI-SNP).

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

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) – Consulte Ayuda Adicional.

Monto máximo de gastos de bolsillo – Lo máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red.. Los montos que usted paga por las primas del plan y por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica) – Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos bajos 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.

Médicamente necesario – Servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare – El programa federal de seguro de salud para personas de 65 años 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 la inscripción en su plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si usted decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede unirse a un plan separado de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA) – A veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un plan HMO, ii) un plan PPO, iii) un plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Además de poder elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan para 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 llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.**. *Prominence Veteran HMO* no ofrece cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como visión, dental o audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare – Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, los Programas de Demostración/Piloto y los Programas de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare) – Seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) – Seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* 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 de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, los reclamos y las apelaciones.

Proveedor de la red – **Proveedor** es el término general para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para proporcionar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar además de proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se les llama **proveedores del plan**.

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 si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Medicare Original (**Medicare tradicional o Medicare de Pago por Servicio**) – Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no es un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren pagando a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene 2 partes: la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que nuestro plan no emplea, no posee ni opera.

Gastos de bolsillo – Consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Plan PACE – Un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad) combina servicios y apoyos médicos, sociales y de cuidado a largo plazo (LTSS) para personas frágiles, con el fin de ayudarlas a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C – Consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – El Programa voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) – Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han aceptado 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 de la red o de proveedores fuera de la red. El costo compartido del miembro generalmente será más alto cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para sus gastos de bolsillo por servicios

recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para el total combinado de sus gastos de bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima – El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por cobertura de salud o de medicamentos recetados .

Servicios preventivos – Atención médica para servicios que le ayudan a mantenerse sano, detectar problemas de salud a tiempo, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de laboratorio y exámenes de detección. También incluyen programas de monitoreo de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar su propia salud.

Proveedor de atención primaria (PCP) – El médico u otro proveedor al que usted acude primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa – Aprobación por adelantado para recibir servicios con base en criterios específicos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

Prótesis y ortesis – Dispositivos médicos que incluyen, entre otros, soportes para brazo, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) – Un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Remisión – Una orden por escrito de su médico de atención primaria para que usted visite a un especialista o reciba ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación – Estos servicios incluyen atención de rehabilitación hospitalaria, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio – Un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de

emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si usted se muda de manera permanente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) – Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se proporcionan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.

Período de Inscripción Especial – Un período determinado en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un hogar de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para Necesidades Especiales – Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que viven en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) – Un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina con el proveedor que son médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, aunque usted esté fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

***Prominence Veteran HMO* Servicios para Miembros**

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
Llame	1-855-969-5882 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, y del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes. Servicios para Miembros también cuenta con servicios de intérprete de idiomas gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos abiertos 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
Escriba	Prominence Health Plan 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 ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
Llame	1-844-826-2085
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades 3416 Goni Road, Bldg. D-132 Carson City, NV 89706 Correo electrónico: adsd@adsd.nv.gov
Sitio web	https://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog

Declaración de divulgación de la PRA *De acuerdo con 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 de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, A la atención de: Oficial de Autorización de Informes de la PRA, Parada postal C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*